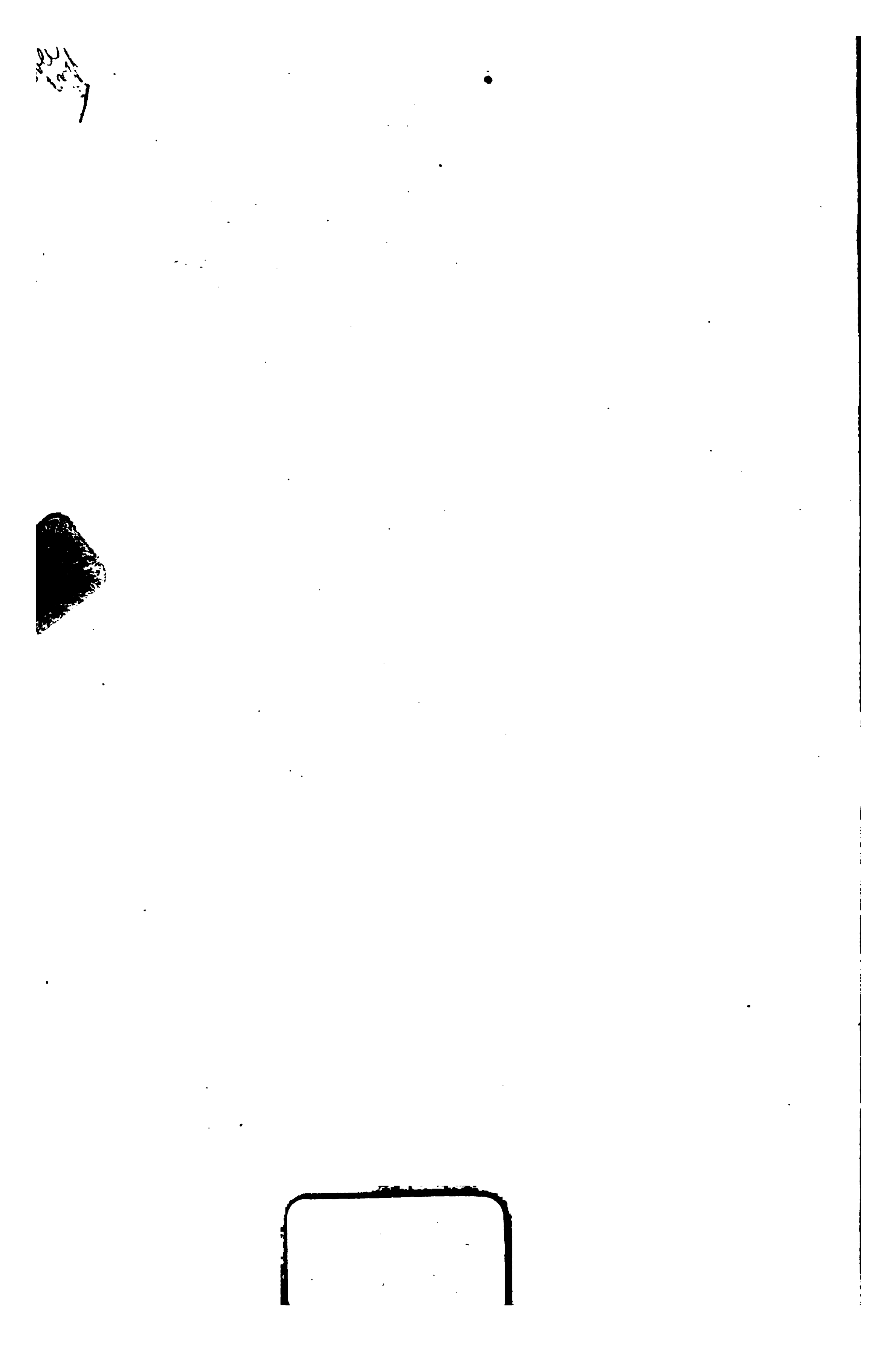


REVUE MÉDICALE

REVUE MÉDICALE

PUBLIÉE PAR

E. HUBERT, G. VERRIEST, E. VENNEMAN,
L. DANDOIS ET J. DENYS

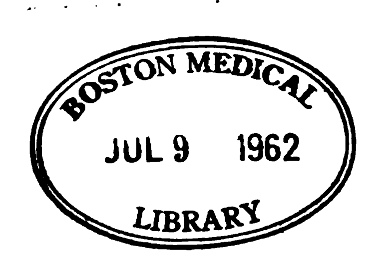
PROFESSEURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE
DE LOUVAIN

Secrétaire de la Rédaction : L. DANDOIS.

SEIZIÈME ANNÉE

LOUVAIN
TYPOGRAPHIE DE CHARLES PEETERS
RUE DE NAMUR, 20

1897


BOSTON MEDICAL
JUL 9 1962
LIBRARY

DE L'ANTISEPSIE EN OBSTÉTRIQUE ET EN GYNÉCOLOGIE.

Alors que la méthode de Lister commençait à répandre ses bienfaits dans les services de chirurgie, en 1875, au Congrès médical de Bruxelles, la suppression des maternités était préconisée comme le seul remède à une situation navrante qui, à peine soupçonnée jusqu'alors, venait de se révéler.

Malgaigne, au nom d'une commission chargée d'étudier la mortalité des femmes en couches, avait publié en 1864 une statistique d'où il résultait que, pour l'ensemble des années 1861 et 1862, 14,197 accouchements pratiqués dans les hôpitaux de Paris avaient donné 1169 décès, tandis que 99,911 accouchements pratiqués en ville, tant dans la clientèle bourgeoise que dans la clientèle des bureaux de bienfaisance, n'avaient donné que 559 décès, soit proportionnellement près de 15 fois moins!

« Si la mortalité n'avait pas été plus forte dans les hôpitaux que dans la ville, écrivait alors Tarnier, on y compterait à peine 80 décès au lieu de 1,169. Mille quatre-vingt dix femmes en deux années ou cinq cent quarante-cinq par an, frappées de mort à l'hôpital et qui probablement auraient été épargnées si elles avaient pu accoucher en ville! Ces chiffres dépassent toute vraisemblance; on hésite avant de les écrire. Une pareille mortalité devient une véritable calamité. »

Lefort, dans son étude sur les maternités publiée en 1872 à la suite d'un voyage d'enquête en Europe, montrait à son tour qu'en comparant un chiffre de plus de 800,000 accouchements pratiqués dans les maternités au chiffre d'un million pratiqués dans la clientèle privée, la mortalité était sept fois plus grande dans les maternités.

Pour expliquer la gravité des accouchements dans les hôpitaux d'une part et la bénignité relative des accouchements à domicile d'autre part, l'hypothèse de la contagion de la fièvre puerpérale, d'une femme à l'autre, par l'intermédiaire de l'air ambiant, fut naturellement invoquée.

« Il faut que dans les hôpitaux, disait Tarnier, chaque accouchée ait une chambre parfaitement isolée sans communications avec les

chambres voisines, il faut enfin qu'une même chambre ne serve qu'à un accouchement avant d'être remise à neuf. »

La réalisation de ces mesures entraîna effectivement une diminution de la mortalité, l'isolement des femmes malades, confiées à un personnel distinct, supprimant les chances d'infection des femmes saines par les doigts et les objets que les premières avaient souillées; en dépit de l'isolement, de véritables épidémies de fièvre puerpérale continuaient néanmoins à sévir de temps en temps dans les maternités.

En réalité, il ne s'agissait pas en l'espèce d'une contagion à distance, mais d'une inoculation des voies génitales par contact avec des objets souillés.

La mortalité des opérations chirurgicales était également plus grande avant l'antisepsie dans les hôpitaux qu'ailleurs, non pas que l'air y fût plus vicié, mais parce que les mains du chirurgien, les éponges, les instruments employés à des usages communs, transportaient sur les plaies fraîches les microbes empruntés aux plaies infectées.

Il y a quelques semaines, un médecin de mes amis, très érudit et au surplus un fervent pratiquant en matière d'antisepsie, me soumettait cette remarque singulière, dont, ajoutait-il, sa propre expérience lui avait démontré en général la justesse : En prenant en considération que les accouchements sont pratiqués par trois catégories bien distinctes de personnes, il est d'observation que les matrones perdent le moins d'accouchées, que les sages-femmes en perdent davantage, mais que les médecins en perdent le plus.

Admettons que ce soit une simple boutade et que les arguments de ceux qui font campagne pour la suppression des matrones et des sages-femmes restent debout.

La remarque fût-elle fondée, que les médecins auraient la justification aisée; ils n'ont pas la partie belle en matière d'accouchement, n'étant appelés souvent que pour les cas laborieux gâtés déjà par les matrones et les sages-femmes; il n'est pas moins vrai que les matrones et aussi les sages-femmes sont par nature mieux armées de patience, et, par ignorance ou par crainte, plus abstentionnistes que les médecins, que les doigts de ceux-ci, par le plus grand nombre

et la nature plus variée de leurs occupations professionnelles, sont plus exposés à être souillés de microbes pathogènes.

Je me demande volontiers si telle n'est pas la raison du fait qui a servi de point de départ à Semmelweis pour introduire, en 1847 déjà, par conséquent bien avant Lister, les premières pratiques d'antisepsie dans les cliniques d'accouchements.

Il y avait à Vienne, dans le même hôpital, deux cliniques d'accouchements, l'une pour les étudiants, l'autre pour les élèves sages-femmes ; or, il était de notoriété que la mortalité était sensiblement plus grande dans le service fréquenté par les étudiants ; ainsi, de 1839 à 1846, la mortalité moyenne fut de 3.8 p. c. dans la clinique des sages-femmes et de 9.2 p. c. dans celles des étudiants ; pour l'année 1846, la différence était plus sensible encore : 2.7 p. c. dans la première, 11.4 p. c. dans la seconde ; les pratiques étaient cependant identiques dans les deux services ; seulement, les étudiants, à l'inverse des élèves sages-femmes, fréquentaient l'amphithéâtre pour les autopsies et les exercices de médecine opératoire.

Cette particularité, notée par Semmelweis, lui fit supposer, pour expliquer la mortalité plus grande des femmes accouchées par eux, que les étudiants étaient exposés à introduire dans les organes génitaux des parturientes, des débris cadavériques dont leurs doigts n'étaient pas entièrement débarrassés. Cette opinion n'est plus soutenable aujourd'hui, les débris cadavériques, comme les matières putréfiées en général, n'ont pas de propriétés pathogènes et n'interviennent pas dans la genèse de la fièvre puerpérale.

Toujours est-il que les maternités, condamnées en 1872, trouvèrent bientôt dans l'antisepsie le moyen de se réhabiliter ; en 1881, Tarnier commence à appliquer la méthode antiseptique à la Maternité de Paris ; la mortalité s'abaisse immédiatement ; de 1881 à 1889, elle n'est plus que de 1.05 p. c., c'est-à-dire que là où il mourait une accouchée sur 10, il n'en meurt plus qu'une sur 100 ! Actuellement, dans les maternités bien dirigées, il ne meurt pas plus de femmes, il en meurt souvent moins que dans la clientèle civile.

Comme l'antisepsie chirurgicale, l'antisepsie obstétricale a eu ses tâtonnements, ses vicissitudes ; des controverses passionnées dont l'écho retentit encore, n'ont peut-être pas définitivement fixé la meil-

leure méthode d'antisepsie à mettre en œuvre dans les accouchements ; j'ai eu l'idée néanmoins, pour terminer les études que j'ai consacrées dans ce journal à l'antisepsie, d'exposer l'état actuel de cette question si pleine d'intérêt ; aussi bien, elle n'est pas étrangère à la plupart de mes lecteurs, mon maître et collègue M. Hubert lui ayant consacré dans ce même journal une intéressante étude, en commentant le livre de Tarnier sur l'asepsie et l'antisepsie en obstétrique.

—

Nature de l'infection. Jusques dans ces derniers temps, la fièvre puerpérale était considérée comme une affection spéciale, essentielle, au même titre, par exemple, que la fièvre typhoïde, la scarlatine ; les premières recherches bactériologiques furent conduites sous l'empire de cette idée : Pasteur, dans le sang des femmes mortes infectées, reconnut un microbe qu'il considéra comme celui de la fièvre puerpérale ; après lui, Doléris décrivit quatre espèces de microbes auxquels il attribua la faculté de déterminer une forme spéciale de la maladie ; on sait maintenant que tous ces organismes prétendûment spécifiques ne diffèrent en rien des microbes des infections chirurgicales banales.

Ainsi, de l'avis unanime des chercheurs, l'influence du streptocoque vulgaire de l'érésipèle est à ce point prédominante que la fièvre puerpérale classique semble lui appartenir exclusivement ; le staphylocoque doré, le facteur habituel des infections chirurgicales, est relativement moins redoutable pour les accouchées ; le bacille de l'œdème malin, cité par Tarnier, n'intervient que très rarement ; d'autres microbes enfin peuvent jouer un rôle accessoire, côte à côte avec les précédents, ou occasionner à eux seuls des infections peu graves : le staphylocoque blanc, le bacille commun de l'intestin, les microbes de la putréfaction vulgaire.

La prolifération de ces microbes sur la plaie placentaire ou sur d'autres plaies accidentelles, déchirures du col, érosions vaginales, est le point de départ de tous les phénomènes de la fièvre puerpérale ; infection de voisinage : péritonite, lymphangites, phlébites ; infection à distance sous forme d'infection purulente ; phénomènes de résorption sous l'aspect de la septicémie ou de la fièvre putride, le tout en combinaisons des plus variées, la physionomie un peu spéciale de la fièvre

puerpérale découlant simplement du siège spécial des plaies infectées. Heureusement, celles-ci, par leur situation même, sont moins accessibles aux agents habituels d'infection : doigts, instruments, topiques, objets de pansement, que les plaies chirurgicales ; c'est ce qui explique que la mortalité des accouchées n'a jamais égalé à beaucoup près la mortalité des opérés ; ainsi, tandis qu'avant l'antisepsie, l'amputation d'un membre donnait, selon son importance, 40,50, jusqu'à 80 p. 100 de mortalité, la mortalité des accouchées n'a jamais dépassé 10 p. 100.

Causes de l'infection. La question de l'origine des infections chirurgicales en général comporte une solution simple ; comme les tissus sains sont aseptiques, si une infection survient après une opération, il est certain qu'elle vient du dehors ; ici, le problème est plus complexe : les voies génitales de la femme, comme toutes les cavités ouvertes à l'extérieur, sont souillées de microorganismes divers et il y a lieu de se demander si ceux-ci ne peuvent être considérés comme responsables d'une partie ou de la totalité des infections puerpérales ; dans cette hypothèse, la femme porterait en elle-même le germe de la maladie ; ce serait une *auto-infection*, par opposition à l'infection de cause extérieure. qu'on a aussi appelée l'*hétéro-infection*.

Je ne m'arrête pas à une autre hypothèse, qui est la suivante : les microbes, pour produire l'infection puerpérale, seraient versés dans la matrice ou les voies génitales par le sang, primitivement infecté.

Cette doctrine, qui a eu autrefois du crédit, n'est plus même discutée : on supposait que, sous l'influence de certain génie épidémique, le virus de la fièvre puerpérale pouvait être absorbé par l'appareil pulmonaire et empoisonner les accouchées dès avant le début du travail.

L'hypothèse de l'auto-infection d'origine locale mérite, par contre, d'être sérieusement discutée.

Tandis que les trompes et la cavité utérine ne renferment normalement aucun microbe, la flore bactérienne du vagin est très riche : on y trouve, comme sur toutes les muqueuses, même plus que sur d'autres, à cause du voisinage de l'anus, des levures, des sarcines, des champignons, des coques et des bacilles de toute espèce.

Dans le nombre, les microbes de l'infection puerpérale se trouvent-ils représentés ?

Les avis sont contradictoires ; Winter prétend avoir reconnu par

les cultures, dans la moitié des échantillons de sécrétions vaginales, le staphylocoque blanc et dans quelques échantillons seulement, les espèces les plus malfaisantes de staphylocoques, le doré et l'orangé, ainsi que des streptocoques.

Döderlein s'est particulièrement attaché à la découverte du streptocoque; d'après ses recherches, qui ont porté sur le mucus vaginal des femmes enceintes, il se trouve présent dans 10 p. c. des cas environ; les staphylocoques dans 4 p. c. des cas.

Par contre, Bumm n'a trouvé, en fait de staphylocoques, que le staphylocoque blanc, dont la présence a peu d'importance, puisque ce microbe, assez inoffensif, n'a jamais été rencontré dans les cas de fièvre puerpérale.

L'identité morphologique n'a du reste qu'une valeur relative; il importe surtout de savoir si les organismes pathogènes existent dans le vagin à un degré de virulence qui les rende capables de nuire. Or, à cet égard, il y a concordance à peu près entre les expérimentateurs : les streptocoques et les staphylocoques du vagin ont une virulence atténuée, à ce point que leur inoculation aux animaux reste habituellement sans résultat.

Les sécrétions vaginales possèdent manifestement des propriétés bactéricides; Krönig a inoculé, dans le vagin des femmes enceintes, des microbes virulents, notamment des staphylocoques et des streptocoques, et constaté qu'ils disparaissent en quelques heures des sécrétions, qui redeviennent aseptiques. Il attribue ces propriétés bactéricides à des causes diverses : l'acidité des sécrétions, les produits chimiques qu'elles renferment, l'antagonisme, la lutte pour l'existence entre les microbes normaux du vagin et les microbes introduits accidentellement.

Il faut tenir compte encore de la présence du mucus; ce serait grâce surtout à ses propriétés bactéricides que les microbes vivent sur nos muqueuses à l'état d'hôtes inoffensifs. Wurtz et Lermoyez entre autres ont étudié en détail à ce point de vue le mucus nasal de l'homme et constaté qu'il avait le pouvoir de détruire après trois heures de contact les spores si résistantes du bacille du charbon.

Ici toutefois, se présente une objection :

N'est-il pas possible que les staphylocoques ou les streptocoques

atténués se trouvant dans le vagin récupèrent leur virulence, si les circonstances deviennent favorables ou si le milieu se modifie?

Déjà aux époques menstruelles, il est notoire que les microbes vaginaux se multiplient à l'excès; les gonocoques notamment se montrent plus nombreux et plus virulents.

Selon Döderlein, la réaction chimique des sécrétions vaginales se modifie chez près de la moitié des femmes enceintes : au lieu d'être franchement acide, elle devient légèrement acide, neutre ou faiblement alcaline, et corrélativement, la flore bactérienne se modifie.

Par le fait de l'accouchement, les conditions deviennent surtout très favorables à la pullulation et au rappel de la virulence des microbes du vagin, grâce à la présence de caillots sanguins, de tissus sphacélés, des lochies, d'érosions diverses.

Döderlein prétend que les accouchées n'ayant subi aucune exploration présentent néanmoins 40 p. c. de morbidité, et il n'hésite pas à mettre tous ces accidents sur le compte de l'autoinfection ; pour le dire en passant, on entend par *morbidité* des phénomènes légers et passagers d'infection, avec une température supérieure à 38°.

S'appuyant également sur l'observation clinique, Léopold est arrivé à un résultat tout différent : sur une série de 510 accouchements où l'on ne fit aucune exploration, 98.3 p. c. évoluèrent sans la moindre réaction fébrile; la morbidité ne fut guère ainsi supérieure à 1 p. c. et, encore, rien ne prouve qu'elle ait été imputable à l'autoinfection et non à d'autres causes, telles que la montée du lait, la constipation, etc.

Au moins, ceux qui assurent avoir constaté une morbidité assez forte à la suite d'accouchements terminés sans toucher, sont forcés de reconnaître que les accidents ont été légers, de courte durée et n'ont jamais été suivis de mort.

Il ne faut pas tenir compte naturellement des accidents qui surviennent chez les accouchées qui ont subi une exploration ou une opération quelconque, le toucher ou les manœuvres eussent-ils été pratiqués avec l'asepsie la plus rigoureuse; nous savons en effet combien l'asepsie parfaite des doigts est malaisée à obtenir; bien plus, il y a des causes extérieures de contamination, généralement ignorées, difficiles à dépister, qui peuvent expliquer certaines infections graves, en apparence spontanées; on a cité ainsi, avec preuves à l'appui, le contact des doigts de la parturiente, de ses vêtements ou des linges souillés avec la muqueuse génitale.

En théorie, il n'est pas impossible que chez l'une ou l'autre femme, des microbes pathogènes particulièrement virulents se rencontrent par hasard dans les voies génitales au moment de l'accouchement et soient capables d'occasionner la mort, mais, en pratique, ces cas sont tellement rares, — je ne sais même pas s'il en existe d'authentiques — tellement rares, dis-je, que je n'hésite pas à conclure : *la mortalité des accouchées par auto infection est négligeable, la morbidité elle-même de cette origine est discutable.*

Ce n'est donc ni l'organisme de la femme, ni son tractus génital, si fertile soit-il en végétations bactériennes, si tourmenté soit-il par le travail de l'accouchement, que le praticien pourra accuser, si un malheur survient, *le germe de toutes les infections puerpérales graves est accidentellement apporté de l'exterieur dans les organes génitaux;* c'est le toucher — et nul n'oserait contredire à cette assertion — qu'il faut incriminer en premier lieu; puis, c'est l'introduction d'instruments, d'objets de pansement ou de toilette, de la canule de l'irrigateur surtout ; puis, ce sont des causes plus rares, comme celles que je signalais plus haut, les doigts de la parturiente ou du mari, les vêtements, la literie, puis enfin, d'autres contacts plus exceptionnels encore, plus détournés, plus insoupçonnés, plus mystérieux et cependant réels.

J'aboutis ainsi à cette doctrine bien consolante, bien remplie de promesses pour la prophylaxie de l'infection puerpérale que j'étudierai dans le prochain numéro, à savoir qu'une femme s'accouchant par la grâce de Dieu, ou, si l'on veut, par les simples lois de la nature et de la physiologie, ne doit pas mourir d'infection. D[r] DANDOIS.

PLACENTA PRŒVIA CENTRAL; HÉMORRHAGIES GRAVES;

Accouchement provoqué par l'élytrocyste à 7 1/2 mois; enfant vivant; mère guérie, après phlegmatia alba dolens.

Les opinions, a dit Dumas fils, sont comme les clous; plus on tape dessus, plus on les enfonce. Nous voudrions enfoncer dans l'esprit de nos Confrères cette conviction que, dans le traitement des hémorrha-

gies du *placenta prævia*, l'élytrocyste est, à tous les points de vue, le moyen qui mérite leurs préférences.

Une méthode, écrivions-nous l'an dernier dans cette Revue (1), qui permet d'arrêter instantanément l'hémorrhagie; de délivrer en vingt minutes une femme non encore à terme, dont le col commence seulement à s'ouvrir; de sauver une mère et un enfant qui couraient, d'après les bilans des méthodes classiques, la première 31, et le second 63 chances de mort sur 100 — mérite bien qu'on la rappelle de loin en loin à l'attention des praticiens.

Nous avons fait voir suffisamment, croyons-nous, comment la vessie animale sous pression hydraulique, tamponne le vagin, bouche le col et les vaisseaux ouverts, excite les contractions utérines et force le travail de la manière la plus physiologique, la plus puissante et la plus inoffensive. Il nous reste à démontrer par les faits, que la méthode la plus artistique en théorie est aussi celle qui fournit en pratique les résultats les plus heureux.

M. le d[r] Maertens de Nieuport, vient d'apporter un fait de plus à l'appui de notre thèse et de nous adresser l'observation qu'on va lire.

Sa malade a été prise le 10e jour de ses couches de *phlegmatia alba dolens*. D'où vient cette phlébite? Nous l'ignorons. Seulement à ceux qui voudraient à tout prix l'attribuer à l'élytrocyste, nous demanderions : pourquoi pas plutôt au tampon classique, toujours suspect, employé avant la vessie animale?

Quoi qu'il en soit, nous possédons aujourd'hui *seize* observations de placenta prœvia central, donnant ces résultats encourageants : *une* seule femme morte (d'infection puerpérale) : soit une mortalité maternelle de 6 p. c. — donc cinq fois moindre que pour les méthodes classiques!

Pour l'enfant : nous avons à produire 11 enfants vivants sur 16 : soit une mortalité de 31 p. c. — 31 au lieu de 63!

« Le 4 février dernier, la femme K..., à 7 mois de grossesse, est prise subitement d'hémorrhagie, que la sage-femme parvient à arrêter par le repos absolu et les compresses d'eau glacée. Douze jours plus tard, à 11 heures du matin, nouvelle hémorrhagie, si grave qu'on se

(1) Tome XV, p. 49.

décide à m'appeler. On me montre un vase rempli jusqu'au bord de sang en caillots. La femme est pour ainsi dire exsangue, les syncopes se succèdent à intervalles très rapprochés. Le toucher, fait à la hâte, permet de constater un col ramolli, non effacé, laissant passer la phalangette de l'index qui tombe en plein sur le gâteau placentaire, décollé en partie.

» Je juge le cas assez grave pour réclamer la provocation immédiate de l'accouchement. Je n'ai pas l'appareil instrumental convenable sous la main et, en attendant qu'il m'arrive, j'applique le tampon classique pour arrêter le flux du sang. A 2 heures de l'après-midi tout est prêt, je retire le tampon, j'introduis une vessie de porc, soigneusement lavée à l'eau sublimée, et enduite de vaseline boriquée ; puis le pessaire soutien et la vessie est mise en communication avec un réservoir, suivant les règles que M. Hubert a tracées. Au bout de 22 minutes, montre en main, la parturiente se met à pousser et me supplie d'enlever la vessie. Je la retire parce que la nature des douleurs m'annonce que la période d'expulsion commence. En effet l'ouverture du col a la dimension d'une petite paume et elle est assez souple pour me permettre d'introduire la main facilement, de retourner et d'extraire un petit garçon très débile, qu'il faut ranimer, mais qui est aujourd'hui bien vivant.

» Le placenta suit immédiatement la sortie de l'enfant.

» Les suites de couches furent absolument normales jusqu'au 10e jour, où éclatèrent de violentes douleurs à la racine du membre inférieur gauche. Celui-ci ne tarda pas à se gonfler au point qu'au bout de 3 jours il mesure 74 centimètres de circonférence. En même temps les douleurs ne discontinuent pas et nécessitent des injections de morphine. Quelques jours après l'affection gagne le membre droit, qui prend le même volume que l'autre. La peau du dos et de l'abdomen s'œdématie également au point de rendre tout mouvement impossible. Le poids du corps est si grand qu'il faut trois personnes pour soulever la malade. Contrairement à ce qu'enseignent les auteurs, le membre atteint le premier ne se dégonfle pas et les douleurs y gardent leur caractère aigu.

» Le 28e jour après l'accouchement la femme est prise subitement d'asthénie cardiaque. La famille croit à une fin prochaine et j'avoue

que je partageais ses craintes. Cependant, grâce au vin de Champagne administré *largà manû* et aux injections de caféine, les symptômes alarmants s'amendèrent.

» Le gonflement des membres s'est dissipé petit à petit dans l'ordre d'apparition de l'œdème. Mais la convalescence a été longue et a duré deux mois et demi.

» Pour tout traitement de la *phlegmatia* je me suis borné suivant les conseils de mon maître, à entourer les membres d'un pansement ouaté légèrement compressif, et à les tenir un peu relevés sur un plan incliné. » Dr EUGÈNE HUBERT.

PRIMIPARES AGÉES.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur *la limite inférieure à laquelle on doit considérer les primipares comme âgées.*

Tandis que Bidd et Pourtad fixent cette limite à 28 ans, Ahlfeld recule cette limite jusqu'à 32 ans, cet âge correspondant au milieu de la période génitale (15 à 50 ans).

Avec Rumpe, Cohnstein, Steinmann, nous croyons que des primipares de 30 ans doivent être considérées comme primipares âgées. Disons en passant que sur 303 cas Cohnstein a vu 2 primipares de 50 ans. Steinmann sur 645 cas, a vu une primipare de 52 ans. Ce sont évidemment des raretés, car les primipares qui ont dépassé la quarantaine, ne sont pas fréquentes.

Quelles sont les causes de cette primiparité tardive?

Feyrat, Kleinwachter ont démontré par leurs statistiques qu'il existe un rapport direct entre l'apparition des premières règles et le moment de la première grossesse : *chez les primipares âgées la menstruation a toujours été tardive.*

Sur 401 cas,	39	fois	la première menstruation	a eu lieu à	20 ans.
—	14	—	—	—	21 ans.
—	13	—	—	—	22 ans.
—	3	—	—	—	23 ans.
—	4	—	—	—	24 ans.
—	3	—	—	—	25 ans.
—	1	—	—	—	26 ans.

Ce retard de la menstruation correspondant à un retard dans le développement des organes génitaux et par le fait même à un retard dans l'éveil de l'appétit sexuel, on s'explique aisément les grossesses tardives. Disons en outre que dans ces cas les anomalies de la menstruation sont très fréquentes.

Il faut citer aussi, parmi les causes des primiparités tardives, les affections utérines empêchant la conception et qui plus tard guérissent par un traitement approprié — ou bien des affections méconnues et qui sans aucun traitement guérissent à la longue, permettant ainsi la fécondation : rigidité de l'orifice vaginal et du vagin ; rigidité de l'orifice externe du col ; agglutination, obturation de cet orifice, toutes anomalies qui ne permettent qu'un coït incomplet ou rendent difficile l'entrée du sperme dans la cavité utérine.

Particularités de la grossesse. – Fréquence des affections rénales, de l'accouchement prématuré, de l'avortement, de la grossesse gémellaire et enfin des grossesses extra-utérines.

Particularités de l'accouchement. — Ce qui domine l'histoire de l'accouchement chez les primipares âgées, c'est la *lenteur désespérante du travail* (durée moyenne 25 heures).

Dans différents cas isolés nous trouvons :

12	fois une	durée de	40 à	50 heures.
3	—	—	70 à	80 heures.
1	—	—	80 à	90 heures.
1	—	—	90 à	100 heures.

Cette lenteur dépend en partie du peu de souplesse des organes génitaux (de là fréquence des déchirures périnéales) de l'ankylose fréquente du coccyx, de celle des articulations du bassin, en outre des présentations vicieuses beaucoup moins rares chez les primipares âgées (tronc, face, siège), de la rupture prématurée des membranes, (Cohnstein 19 p. c.), mais en premier lieu et surtout de la *faiblesse des contractions utérines* et par là nous entendons une *faiblesse absolue dès le début et pendant toute la durée du travail*, et non une simple insuffisance des contractions à vaincre les obstacles. Aussi l'observons-nous, même quand du côté des voies génitales ou du fœtus il n'y a pas la moindre cause capable d'entraver la marche de l'accouchement.

Malgré cette faiblesse, chose curieuse, *les contractions sont souvent excessivement douloureuses*, à tel point qu'il n'est pas rare, dit Ahlfeld, de constater chez les primipares âgées une surexcitation allant parfois jusqu'au *délire*. Inversément le même auteur cite comme phénomène fréquent et caractéristique une *prostration des forces*, un épuisement souvent tel chez ces femmes, que la mort en est le résultat inévitable.

Quelle est la cause de cette faiblesse anormale des contractions?

Un muscle qui travaille est un muscle qui s'hypertrophie. Sa vitalité augmente et par le fait même sa force de contraction. Or, chez les primipares âgées *l'utérus est resté plus ou moins longtemps dans une inactivité quasi absolue*. Cette fibre musculaire est loin d'avoir l'énergie de celle d'une pluripare. Aussi l'utérus de cette dernière travaille-t-il beaucoup mieux que celui de la première.

Les statistiques nous montrent en effet la faiblesse utérine plus fréquente chez les primipares âgées que chez les pluripares du même âge.

Au point de vue de cette première cause qui a son importance, les primipares âgées se rapprochent donc des primipares jeunes, où l'insuffisance des contractions est aussi plus fréquente que chez les pluripares et pour la même raison.

Mais *la cause essentielle de la faiblesse des contractions utérines chez les primipares âgées, nous la trouvons dans les modifications que subit l'appareil génital à l'approche de la ménopause* : l'utérus est moins nourri, les artères. les veines deviennent athéromateuses, le col perd sa longueur, tend à s'oblitérer, s'oblitère même quelquefois complètement.

De tout cela il résulte une diminution de la force vitale du muscle utérin.

Or, comme la ménopause peut survenir chez les femmes à des époques plus ou moins éloignées de la première menstruation et peut s'établir d'une façon plus ou moins rapide, on conçoit qu'il y ait des degrés divers dans cette faiblesse utérine ; voilà pourquoi souvent chez *deux primipares âgées, du même âge*, l'une accouche avec des douleurs presque normales, l'autre avec une insuffisance utérine manifeste.

Il est facile de comprendre que si telle est réellement la cause de la faiblesse des contractions, on ne réussira guère à accentuer ces douleurs par les moyens employés ordinairement dans ces cas : douches vaginales chaudes, frictions utérines, titillations du col. C'est précisément ce que l'expérience et les diverses observations recueillies nous prouvent. Dans la plupart des cas l'intervention a dû être précédée de la dilatation artificielle du col ou de débridements multiples. *L'intervention, inutile de le dire, sera excessivement fréquente,* et ce sera surtout au forceps qu'on aura recours.

Nous trouvons dans les statistiques de Cohnstein que, pour 393 primipares âgées, il y a eu 142 applications de forceps.

Hecker dit que le forceps a été nécessaire cinq fois plus souvent qu'autrement.

Après le forceps, l'intervention la plus fréquente est la craniotomie; et c'est ici que le transforateur Hubert sera l'instrument de choix, vu qu'on aura souvent à opérer à travers un col incomplètement dilaté et parfois difficilement dilatable. Or *lui seul permet une embryotomie dans ces conditions spéciales;* après la transforation,quelques tractions douces et graduées pourront produire insensiblement la dilatation et la voûte du crâne s'effondrant, agira à peu près comme une seconde poche des eaux.

La version sera également fréquente, vu le grand nombre de présentations vicieuses chez les primipares âgées.

Quant à l'opération césarienne, elle a été le plus souvent indiquée par des circonstanees indépendantes de l'âge.

Délivrance. — On conçoit que la délivrance est toujours retardée, que les complications seront la règle et l'intervention par ce fait nécessaire.

Krüger, Cohnstein ont en effet signalé la prédisposition spéciale des primipares âgées pour les adhérences du placenta.

Pronostic. — De tout ce qui précède nous pouvons conclure que le pronostic du travail chez les primipares âgées est sérieux.

Il y a là non seulement les dangers de l'intervention, mais l'*atonie utérine et ses suites* (Lemonagie etc.), la longueur du travail épuisant la malade, préparant ainsi le terrain à l'infection. Aussi faudra-t-il redoubler de soins antiseptiques.

D'après Hügenberger la mortalité des primipares est de

1/31 de 15 à 22 ans.
1/32 de 23 à 26 ans.
1/13 de 27 à 35 ans.
1/10 de 36 à 45 ans.

En examinant les statistiques de Courtade on voit que la mortalité des primipares âgées croît en même temps que l'âge. Quant à la mortalité des primipares elle est également forte et augmente en raison directe de l'âge de la mère.

Sexe des enfants. — D'après un grand nombre d'auteurs il y aurait prédominance d'enfants mâles chez les primipares âgées (moyenne 130/100).

Mais, tandis que Hecker considère cette fréquence de garçons comme une propriété spéciale des primipares, Rumpe suppose que cette particularité doit être attribuée non à la primiparité, mais bien à l'âge de la mère, se basant sur ce fait, qu'une femme accouche d'autant plus d'enfants mâles qu'elle est plus loin de sa première période menstruelle. Dr J. DE KONINCK.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE.

Il est aujourd'hui prouvé par des milliers d'observations — et nous en possédons personnellement un certain nombre très probantes — que la péritonite tuberculeuse est curable par l'intervention chirurgicale ; nous mettons à profit une étude du Dr Maurange, dans la *Gazette hebdomadaire*, pour exposer l'état actuel de cette question, qui mérite toute l'attention des praticiens à raison de la grande fréquence de la maladie et de son incurabilité habituelle par le traitement médical.

Pour prouver l'importance du sujet, disons que Yarochewski estime la mortalité de la péritonite tuberculeuse avec le seul traitement médical à 40 ou 55 p. 100, tandis qu'elle serait abaissée à 4 % par le traitement chirurgical.

Le Dr Maurange discute en premier lieu les *indications* de l'intervention opératoire. Il y a des cliniciens qui sont d'avis que toutes les péritonites tuberculeuses doivent être ouvertes dès que le diagnostic

est posé; d'autres ont admis des contreindications basées sur l'amaigrissement, sur la fièvre, le pouls, la coexistence de tuberculose pulmonaire ou rénale, etc.

L'amaigrissement, tant qu'il n'est pas arrivé au degré extrême de la cachexie, est une indication, même en l'absence de fièvre, surtout s'il y a simultanément aggravation des phénomènes locaux. Quant à la fièvre, Pic la regardait comme une contre-indication formelle et conseillait de ramener, avant toute intervention, la température à la normale par une thérapeutique appropriée. Cette doctrine est excessive : car, s'il est favorable d'opérer dans l'apyrexie, fréquemment la laparotomie fait baisser la fièvre : les cas d'Israël, de Bumm, de Jalaguier et de bien d'autres chirurgiens ont surabondamment établi le fait.

L'état du pouls est très important. Un pouls à 70 permet d'attendre, ou est une condition de succès : à 100 il commande l'intervention; à 120, ou bien il est une contre-indication, ou il assombrit singulièrement le pronostic immédiat de l'opération.

Plus important est le fait de la dissémination des lésions tuberculeuses. Il va sans dire que, dans les cas de granulie généralisée, la péritonite qui survient à l'état d'épiphénomène, doit être respectée.

La tuberculose pulmonaire a été considérée par les uns comme une contre-indication absolue, par les autres comme une indication de plus, l'amélioration des lésions thoraciques étant habituelle après la laparotomie : Valenta a examiné ses malades à ce point de vue : sur 19 opérés, 11 présentaient des signes de tuberculose pulmonaire, 2 ont complètement guéri, 6 ont quitté l'hôpital en apparence guéris, 3 sont morts. Pic a tenté de donner une formule générale : si le malade, dit-il, est plus péritonéal que pulmonaire, opérer; s'il est plus pulmonaire que péritonéal, s'abstenir.

Pour le Dr Maurange, ce n'est pas tant la gravité que l'étendue des lésions qu'il faut considérer : on peut voir guérir des malades avec une caverne moyenne dans un de leurs sommets : il est rare que des lésions bilatérales ne dépassant pas le premier ou le second degré soient améliorées par l'intervention.

En d'autres termes, sauf les cas d'urgence absolue (obstruction), le traitement chirurgical de la péritonite, envisagé dans ses rapports avec la tuberculose thoracique, ne trouve ses indications que chez les pulmonaires *récents* ou *chroniques* à lésions circonscrites à un côté, mieux à une base. Une évolution *subaiguë* ou *bilatérale* doit faire écarter résolument toute tentative opératoire.

La tuberculose du rein avec albuminurie, hématuries, est toujours une contre-indication formelle : tout au plus est-on, dans ces cas, autorisé à évacuer l'épanchement, lorsqu'il est très abondant.

L'entérite tuberculeuse au contraire n'empêchera pas le chirurgien d'intervenir, sauf à son degré extrême. Si l'on ne peut, après les travaux de Marfan, admettre avec Kœnig, que les lésions intestinales préexistent toujours à la péritonite, elles sont fréquentes et difficiles à dépister au milieu du syndrome abdominal. Chez un grand nombre de malades, on note la diarrhée dans les antécédents morbides et fréquemment on la voit cesser après l'opération. Dans certains cas on a pu constater *de visu* l'existence des ulcérations bacillaires de la muqueuse intestinale, et malgré cela la guérison est survenue; nous avons fait nous-même plusieurs fois cette constatation.

La tuberculose concomitante des annexes est une indication très nette de l'intervention. Si dans quelques cas que Cruveilhier avait décrits sous le nom d'ascite des jeunes filles, la maladie peut évoluer spontanément vers la guérison, le plus souvent il n'en est rien. Il y a donc intérêt à enlever, dès qu'on les soupçonne atteints, les ovaires et les trompes qui sont la cause de l'infection péritonéale.

En réalité, l'observation prouve que la laparotomie est presque toujours suivie d'une amélioration sensible de durée variable, même chez les sujets qui ne doivent pas guérir, On voit donc, somme toute, qu'il n'y a qu'un très petit nombre de contre-indications absolues fournies par l'examen de l'état général : dans quelle mesure les troubles fonctionnels, les lésions locales, commanderont-ils l'intervention?

Les douleurs pendant la période intestinale de la digestion, quelques rares vomissements sont insuffisants pour justifier un traitement chirurgical. Les vomissements fréquents, au contraire, spécialement les vomissements alimentaires survenant 2 à 3 heures après le repas, même en l'absence d'autres indications, légitiment la laparotomie : il en est de même de la diarrhée qui ne cède pas rapidement aux moyens médicamenteux habituels. Car ce sont là pour les malades des causes de dénutrition rapide, auxquelles il importe de mettre un terme. La constipation opiniâtre avec un état général passable permet d'attendre; mais elle doit être surveillée avec soin, car elle est fréquemment la période prémonitoire de phénomènes d'obstruction intestinale, accident fréquent dans la péritonite tuberculeuse.

On a aussi beaucoup discuté les indications de l'intervention selon les *formes de la péritonite tuberculeuse :* on a distingué plusieurs types, que l'auteur ramène à deux, la péritonite sèche et la péritonite avec épanchement.

Péritonite avec épanchement. La majorité des chirurgiens est d'accord pour regarder l'ascite libre ou enkystée comme une indication opératoire; ce qui est vrai, c'est que la péritonite tuberculeuse avec ascite comporte un pronostic moins sévère que la péritonite

sèche, guérit plus souvent spontanément : il semble que l'ascite soit l'expression de la résistance du sujet et on prétend avoir découvert dans le liquide épanché une substance ayant une action bactéricide.

Il n'est donc pas étonnant que la forme ascitique donne les succès les plus nombreux par l'opération. Il va sans dire que la forme enkystée est plus avantageuse que la forme généralisée; les formes chroniques que les formes subaiguës. Mais même dans les cas de péritonite miliaire, lorsqu'il y a un liquide abondant, la guérison est fréquente, ce qui montre bien l'importance de la production de l'ascite dans l'évolution de la maladie.

Lorsque l'épanchement est purulent il faut évidemment l'évacuer au plus tôt. S'il est très abondant, il s'agit rarement d'une péritonite tuberculeuse pure : habituellement d'autres facteurs sont intervenus : le bacterium coli, le pneumocoque, le streptocoque ou même le staphylocoque. La suppuration se révèle alors par des signes qui appartiennent beaucoup plus au processus associé qu'à l'affection tuberculeuse.

Péritonite sèche. Contrairement à l'opinion première, *il faut toujours opérer*, car l'intervention est à peu près le seul moyen de salut qui reste au malade; même dans la *tuberculose miliaire aiguë* du péritoine, il y a eu des succès de même que dans la *forme ulcéreuse* proprement dite, avec fausses membranes et granulations disséminées.

Il faut remarquer toutefois que c'est dans ce cas que l'on a vu survenir facilement après l'opération une fistule stercorale; il est vrai aussi que celle-ci peut se produire spontanément.

Nature de l'intervention. A signaler d'abord la *ponction* suivie de lavage ou *d'injections modificatrices*; parmi celles-ci, l'injection de *naphtol camphré*, préconisée surtout par Rendu ; après évacuation de l'ascite, il injecte le contenu de cinq seringues de Pravaz de naphtol camphré.

Partant de l'idée que la guérison de la péritonite tuberculeuse après la laparotomie était due à l'action de l'air sur la séreuse malade, Von Mosetig-Moorhof proposa d'insuffler de l'air stérilisé dans la cavité péritonéale. Cet auteur a obtenu un succès dans un cas où il y avait eu récidive après laparotomie. Après lui, Follet répéta cette opération avec succès dans 4 cas. En y joignant deux autres cas, nous avons 7 observations avec 7 succès. Le procédé mérite donc d'être pris en considération : il serait intéressant de voir se poursuivre cette série de bons résultats.

Tous ces moyens, y compris le *drainage*, ne peuvent être érigés en méthode générale de traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse; ils ne conviennent qu'aux formes ascitiques avec un liquide

libre et simplement séreux. Or, ces péritonites sont rares : presque toujours, même dans les cas les meilleurs, il y a des adhérences réunissant les anses intestinales entre elles ou avec la paroi. On peut donc toujours redouter la blessure de l'intestin, accident dont la gravité est moins grande avec la laparotomie qu'avec la ponction.

Les injections de naphtol camphré et d'air stérilisé sont des moyens à réserver aux seuls cas où la laparotomie est refusée.

La laparotomie est la méthode de choix. Comment faut-il la pratiquer ?

Incision médiane et sous-ombilicale, même si le foyer paraît ci-conscrit et latéral.

Inciser avec une extrême prudence, particulièrement dans la forme sèche; car souvent les plans sont fusionnés, ils sont abondamment vascularisés et, dans quelques cas, le péritoine pariétal, très épaissi, a perdu sa coloration et son aspect normaux. Enfin l'intestin adhère quelquefois d'une façon si intime avec la paroi que les chirurgiens les plus expérimentés ont pu le blesser. Cet accident est noté 11 fois dans les observations.

Ce pas franchi, que fait-il faire ? Evacuer le liquide le plus complètement possible, respecter les adhérences, ne chercher à extirper les néoplasies tuberculeuses isolées, ganglions, épiploon, que si la chose est facile; avec le doigt explorer tout l'abdomen, avec le minimum d'effraction et de violence, afin d'ouvrir les collections de pus ou de sérosité.

Après ce premier temps, procéder à la *toilette du péritoine*, au moyen d'éponges, ou mieux de compresses de gaze; il y en a qui frottent avec violence la surface péritonéale, le plus grand nombre se contentent d'attouchements légers sous l'action desquels se détachent aisément les fausses membranes incomplètement organisées, les lambeaux flottants, les magmas caséeux.

S'il y a du pus, pratiquer en outre le lavage de la cavité abdominale; se servir pour cela non pas de solutions antiseptiques, comme on faisait autrefois en vue de tuer les bacilles ou de modifier la séreuse mais d'un liquide inoffensif pour le péritoine et l'organisme, c'est-à-dire d'eau stérilisée et chlorurée chaude.

Par la température de l'injection, on agit favorablement sur les hémorragies en nappe qui s'observent quelquefois; on ira à 37°, 40° et même plus haut jusqu'à 50°; il semble que, si une modification du terrain pouvait être obtenue par le lavage, ce serait particulièrement, dit l'auteur, par la température élevée du liquide. Quelques chirurgiens ont saupoudré la cavité abdominale d'iodoforme finement pulvérisé, avant de le fermer; ce n'est pas à conseiller et ce peut être dangereux.

S'abstenir en général du drainage, sauf s'il y avait du pus collecté. Suturer exactement la paroi; néanmoins, l'ulcération des bords de l'incision et la fistulisation consécutive sont encore assez fréquentes, mais la guérison finit en général par venir.

La mortalité opératoire est très peu élevée; dans une série de 253 cas, elle n'a été que de 2.76 p. c.

L'amélioration des symptômes est la règle à la suite de la laparotomie; bien plus les guérisons définitives sont nombreuses. Aldibert compte dans la forme aseptique 69,2 p. 100 de guérisons dont plus du tiers (33 sur 81) persistaient après 1, 2, 11, 12 et 25 ans; dans la forme fibreuse sèche 100 p. 100 de guérisons chez l'enfant dont 60 p. 100 paraissant définitives et 68,4 p. 100 chez l'adulte dont 30,7 p. 100 probablement radicales; dans la forme ulcéreuse sèche, 25 p. c. dont une seule persistant au delà d'un an. Rœrsch donne 70 p. 100, Margarucci 85 p. 100, Yarochewski 87 et même 96 p. 100. L'action curative de l'opération est donc indiscutable.

Comment agit la laparotomie? La question est encore discutée. Il n'est plus permis en tous cas de prétendre que les péritonites qui guérissent par l'intervention ne sont pas tuberculeuses ou sont des tuberculoses atténuées : la bactériologie et l'expérimentation ont prouvé le contraire.

Pour expliquer la guérison, les uns ont admis l'irritation substitutive, causée par l'emploi des antiseptiques. Or, beaucoup de sujets ont guéri par la simple incision, sans le secours d'aucun lavage ni d'aucune substance microbicide.

D'autres ont prétendu que l'évacuation de l'ascite joue un rôle capital dans le processus de guérison : le liquide contiendrait des ptomaïnes dont l'absorption favorise la propagation de la maladie, provoque l'amaigrissement, l'altération de l'état général et la fièvre. Or, l'ascite n'est pas constate et lorsqu'elle manque, la guérison, bien que plus rare, ne s'en fait pas moins par la simple ouverture du ventre.

D'autres encore ont avancé que la laparotomie agit en favorisant le développement du tissu conjonctif, et la formation d'adhérences. Or, sur 10 cas examinés par Jordan dans lesquels une deuxième laparotomie fut faite, deux fois seulement on put constater des adhérences. La théorie est donc au moins douteuse.

Il est admissible que la laparotomie agit en produisant des phénomènes de phagocytose ou en provoquant des sécrétions bactéricides. Bumm, ayant eu l'occasion de répéter la laparotomie, à 8 semaines d'intervalle, chez une même malade, vit que les tubercules constatés histologiquement et bactériologiquement dans la première opération étaient, dans la seconde, infiltrés de cellules lymphoïdes et démunis de bacilles.

L'irritation directe du péritoine par la lumière, par l'air, par l'assèchement, par les lavages, par les antiseptiques, etc., tel serait le mécanisme de cette action *phagocytaire* ou *bactéricide*.

Dans tous les cas, la chirurgie peut fêter un nouveau triomphe à la suite de ce nouvel envahissement du domaine de la médecine.

L.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE LA CIRRHOSE DU FOIE.

Dans une étude publiée par la *Presse médicale*, le d^r^ Plicque divise, au point de vue thérapeutique, l'évolution de la cirrhose alcoolique du foie en deux grandes périodes.

Période de début. Elle commence des mois, des années même avant la période de cirrhose confirmée : ses symptômes sont malheureusement trop souvent méconnus, car c'est la période favorable au traitement.

Diagnostic. Le tableau clinique, à la période initiale et curable de la cirrhose, diffère singulièrement du tableau qu'on a l'habitude d'observer, à l'hôpital, chez les malades avancés. Il s'agit d'un sujet encore robuste et payant de mine. Il se plaint surtout de *mauvaises digestions*, de douleurs, de pituites matinales, de renvois acides après les repas, de *dégoût de la viande*, d'un *météorisme intestinal* extrêmement gênant, d'un *affaiblissement progressif*. Tout au plus quelques signes accessoires attirent-ils l'attention du côté du foie. Le *teint*, assez satisfaisant au premier aspect, est en réalité trop coloré, *rouge brique aux pommettes*, *un peu terreux vers le front*. Les conjonctives offrent une trace de *subictère* ; les *épistaxis*, peu abondantes mais répétées ne sont pas rares. La *douleur sourde de l'épigastre* s'irradie souvent à l'hypocondre et à l'épaule, du côté droit. Les *urines* sont *foncées*, peu abondantes, chargées d'urates. Le foie doit être examiné avec soin, en raison du tympanisme intestinal, qui masque assez facilement son augmentation de volume. *Le foie est, à cette période, gros*, déborde de 3 à 4 centimètres le rebord des fausses côtes. Toute la région est sensible à la pression. L'*hypertrophie de la rate*, qui existe aussi dès cette période, est non moins importante, car la percussion la décèle en général facilement.

Traitement. Le *régime lacté* s'impose, mais il n'est pas accepté sans protestation par le malade qui attribue tous ses malaises à la faiblesse, à l'anémie, désire des toniques, des élixirs, des vins médicamenteux et se trouve effectivement soulagé momentanément par eux.

Le régime lacté doit pourtant être prescrit intégral, exclusif, absolu.

Le lait sera bien digéré, à condition de le donner non par doses massives, mais à intervalles réguliers, à doses très fractionnées, bues lentement.

Vers la deuxième semaine du régime lacté, le sujet ressent une amélioration marquée, mais si le régime est continué dès lors dans toute sa rigueur, il ressent bientôt une faiblesse très pénible. Aussi faut-il, d'assez bonne heure, faire au régime lacté quelques additions. Les légumes féculents bien cuits, les œufs, les crèmes, les bouillies, les potages aux pâtes, les fruits bien mûrs ou cuits, seront permis d'abord. Puis viendront les viandes très fraîches et bien cuites Le café peut être toléré, mais on retardera le plus longtemps possible avant de permettre les boissons alcooliques aux repas. Encore celles-ci seront-elles toujours la bière faible ou le cidre. Le vin sera aussi sévèrement et aussi indéfiniment proscrit que l'alcool.

Ce régime sévère, surtout s'il est aidé par le repos physique et moral, le séjour à la campagne, les frictions cutanées, s'il est suffisamment prolongé, si le régime lacté intégral est repris à la moindre menace de rechute, suffirait à lui seul.

L'auteur n'est pas enthousiaste du traitement médicamenteux, qui doit être surveillé avec soin et est souvent mal toléré : soit l'*iodure de potassium* à faibles doses (50 centigr. à 1 gramme par jour) soit le *calomel* (3 à 5 centigr. tous les deux jours).

Période confirmée. C'est la période des lésions invétérées et trop souvent définitives.

Diagnostic. Le symptôme qui caractérise cette période est l'*ascite*, et c'est ordinairement au moment où il apparaît qu'on fait seulement le diagnostic de la cirrhose.

Un symptôme important, qui apparaît souvent dès les premières traces d'ascite, qui peut même précéder l'ascite, c'est un *œdème blanc*, mou, appréciable, *des membres inférieurs*, analogue à l'œdème brightique, mais sans albumine. Cet œdème disparaît souvent plus tard, une fois le malade condamné au lit.

Pronostic. Telles sont les conclusions à tirer de 65 observations de cirrhoses guéries, réunies par le d^r^ Willemin : si le foie est gros, les chances de succès sont beaucoup plus grandes que s'il est petit et rétracté. L'abondance de l'ascite, son développement rapide, ne sont pas d'un pronostic forcément défavorable. La guérison a été obtenue dans des cas où l'ascite avait nécessité de très nombreuses ponctions, dix, dix-huit, et plus de cinquante. La fièvre est, par contre, toujours un élément des plus fâcheux. Il en est de même des hémorragies autres que l'épistaxis et peut-être des hématémèses qui surviennent tout à fait au début. Une teinte subictérique marquée, des urines

restant rares et foncées malgré le lait, l'apparition facile de la glycosurie alimentaire avec 125 grammes de sirop de sucre pur à jeun, la diminution permanente de l'urée des vingt-quatre heures contrastant avec l'augmentation, qui est la règle au début, sont, au contraire, d'un mauvais pronostic. L'existence, chez le malade, de facteurs étiologiques autres que l'alcool (saturnisme, impaludisme, syphilis, tuberculose, diabète) donne des formes mixtes difficilement curables.

Traitement. Le *traitement hygiénique* reste le même (*régime lacté* principalement) qu'à la première période, mais plus sévère et plus prolongé.

L'iodure et le calomel paraissent à l'auteur plus nuisibles qu'utiles dans ces cirrhoses vieillies ; le grand problème consiste à *obtenir la disparition de l'ascite* ou à empêcher son retour après la ponction, si celle ci est devenue indispensable.

On a conseillé la *révulsion* — c'est imposer au sujet une douleur inutile — la *faradisation*, qui paraît avoir quelquefois augmenté la quantité d'urine et diminué l'ascite, en provoquant des contractions musculaires; il faut un courant assez fort : le moyen, un peu douloureux, doit être réservé aux formes tout à fait torpides, sans aucune réaction péritonéale.

Les *diurétiques* sont souvent employés ; le plus inoffensif serait la *lactose* donnée dans le lait à la dose de 30 à 60 grammes par jour.

Les *sels de potasse* sont aussi recommandés : Millard s'est bien trouvé de la potion suivante :

Baies de genièvre		10 grammes.
Eau bouillante infusée		200 grammes.
Nitrate de potasse	} ââ	2 grammes.
Acétate de potasse	}	
Oxymel scillitique		50 grammes.
Sirop des cinq racines		30 grammes.

A prendre en trois ou quatre fois dans la journée.

Le *café vert* non torréfié, en décoction et en macération, est également signalé par Willemin (20 grains par jour, bouillis pendant deux heures et macérés ensuite pendant six jours dans un demi-litre d'eau). La caféine, par contre, est fréquemment mal tolérée.

La *digitale*, la *scille* sont utiles à divers titres; on peut prescrire à la dose de quatre à six par jour, les pilules suivantes, à la fois cholagogues et diurétiques :

Digitale	}
Scille	} ââ 2 grammes.
Scammonée	}
Sirop de gomme	Q. S.

Diviser en 30 pilules.

Viennent ensuite les ***drastiques*** qui, de même du reste que les cholagogues, doivent être employés avec quelque prudence, pour ne pas augmenter la dyspepsie gastro-intestinale, fréquente chez les cirrhotiques. Les pilules suivantes peuvent être données en surveillant d'une part la salivation, d'autre part la congestion hémorrhoïdaire :

Calomel Aloès	} ââ 5 centigrammes.
Gomme-gutte	2 centigrammes.

Une pilule par jour.

On évitera l'emploi de l'eau de vie allemande comme de tous les alcooliques médicamenteux.

Alors même que les résultats seront le plus favorables, la guérison sera toujours beaucoup plus fragile qu'aux périodes de début. Les rechutes seront toujours à craindre au moindre écart de régime.

L.

ARYTHMIE DU CŒUR CHEZ LES ENFANTS.

Quand les battements du cœur sont inégaux en force, en durée, quand ils sont troublés par des intermittences, par des faux pas, on dit qu'il y a *arythmie.*

C'est, comme le fait remarquer le d^r^ Comby, un trouble fonctionnel très fréquent chez les enfants, indépendamment de l'arythmie des maladies du cœur et des maladies du cerveau.

Il y a lieu d'observer que l'arythmie ne s'associe pas avec la tachycardie ; quand le pouls est rapide, il n'est pas irrégulier ; pour être nettement arythmique, il faut qu'il soit lent ou peu accéléré.

L'auteur répartit en six catégories principales les enfants arythmiques.

1° *Arythmie des enfants bien portants.* Les irrégularités du pouls sont communes chez les enfants de tout âge, à l'état de sommeil comme à l'état de veille. Il y a donc une arythmie essentielle ou physiologique, permanente ou intermittente.

2° *Arythmie toxique.* Les solanées, les opiacés, la digitale, l'éther, le chloroforme, l'oxyde de carbone, etc., peuvent causer l'arythmie du cœur. Quand l'empoisonnement accidentel ou médicamenteux est poussé assez loin, le pouls se ralentit à un degré très accusé, la claudication du cœur s'accentue, la face devient pâle, il y a des nausées, etc.

3° *Arythmie d'origine gastro-intestinale.* Les troubles digestifs, les infections intestinales diverses, l'embarras gastrique, la constipa-

tion entraînent souvent l'arythmie, par une sorte d'auto-intoxication comparable à l'hétéro-intoxication citée plus haut. Quand, à l'arythmie, se joignent de la céphalée, des vomissements, de l'abattement, on est porté à redouter la méningite : or, l'administration d'un purgatif, du calomel, des antiseptiques intestinaux, triomphe de cette pseudo-méningite. L'arythmie de l'ictère catarrhal est aussi une arythmie par auto-intoxication. Quant à celle de la lombricose, elle peut être aussi bien dite *réflexe* que *toxique*.

4° *Arythmie des états diathésiques*. Les enfants obèses, asthmatiques, diabétiques, chlorotiques, albuminuriques, rachitiques présentent assez souvent de l'arythmie cardiaque liée à leur état constitutionnel, au ralentissement de leur nutrition générale, etc. Du moins il est impossible de trouver une autre cause.

5° *Arythmie de la chorée et des névroses*. La chorée trouble fréquemment le rythme du cœur sans qu'il y ait aucune lésion de l'endocarde ou du péricarde ; il semble que l'incohérence des membres ait gagné le muscle cardiaque. Les hystériques, les neurasthéniques, les enfants qui se livrent à l'onanisme ont aussi de l'arythmie en même temps que des palpitations cardiaques.

6° *Arythmie de convalescence*. La convalescence de la plupart des maladies aiguës fébriles est marquée par un ralentissement du pouls avec arythmie. Le dr Comby a vu le pouls d'enfants atteints de pneumonie, de fièvre typhoïde, tomber, au moment de la convalescence à 60, 50, 48, 44, 42 pulsations et cette arythmie persister 8, 15 jours et plus encore.

En ce qui concerne la pathogénie, l'arythmie cardiaque peut être d'origine réflexe ou d'origine toxique. L'arythmie des états nerveux, l'arythmie émotionnelle, psychique est sans doute réflexe. L'arythmie des empoisonnements et des maladies infectieuses, celle des dyscrasies, des gastropathies, etc., est évidemment toxique (auto- ou hétéro-intoxication suivant les cas). Les toxines ou les poisons charriés par le sang vont troubler l'innervation du cœur, exciter le pneumogastrique, qui est le nerf d'arrêt. Cependant, il faut admettre parfois une inflammation ou une dégénérescence du myocarde ; les morts subites ou rapides observées à la suite de la diphtérie et des grandes infections, avec ralentissement et arythmie du cœur, relèvent sans doute de ce mécanisme.

La valeur séméiologique de l'arythmie est des plus restreintes. Il faut bien savoir que ce trouble est fréquent, qu'il est loin d'être un symptôme inhérent à la méningite ; il ne faut donc pas s'effrayer quand on l'observera chez un enfant.

Il n'y a pas de *traitement* de l'arythmie en elle-même ; il faut

remonter à la cause et la traiter quand elle est accessible. L'enfant prend-il de la digitale? L'arythmie indiquera qu'il faut s'arrêter. Est-il nerveux, excitable; on le privera de tous les excitants (vin, café, thé). Est-il constipé, a-t-il des troubles digestifs; on le purgera. Mais s'il y a des accidents inquiétants, des menaces de syncope, on fera des excitations de nature à tonifier le cœur et le système nerveux (frictions, injections de caféine, éther, huile camphrée, sérum artificiel, électrisation, etc.). L.

THÉOBROMINE DANS L'ASYSTOLIE DES VIEILLARDS.

Chez le vieillard, le myocarde est usé et au surplus, il doit lutter contre les artères périphériques rigides, athéromateuses, ne se contractant plus pour chasser le sang; contre les reins, sclérosés, petits; contre les poumons, également sclérosés et emphysémateux, où le sang circule mal, déterminant la surcharge du ventricule droit. Dans ces conditions, il suffit de fort peu de chose pour que l'asystolie se produise, et, une fois le cœur forcé, on voit se dérouler une série de symptômes du côté des organes essentiels : congestion des poumons, d'où dyspnée, congestion du foie d'où ascite, congestion du rein, d'où diurèse insuffisante et œdème.

Le traitement présente souvent des difficultés insurmontables : lors des premières attaques, le repos au lit, le régime lacté, la digitale réussissent; il n'en est plus de même à mesure que les attaques se répètent, et tous les médicaments cardiaques sont essayés sans résultat.

C'est dans ces cas d'asystolie chronique chez le vieillard que le Dr Baronaki, d'après la *Presse médicale*, a obtenu des résultats remarquables.

Le traitement est conduit de la façon suivante :

On met le malade au régime lacté, et on commence par lui donner, pendant quatre jours de suite, de la digitale, sous forme de teinture de digitale, à la dose de 30 gouttes par jour. Au bout de quatre jours, on supprime la digitale, et on donne de la théobromine à la dose de 3 grammes par jour, sous forme de cachets de 50 centigrammes.

Dans la plupart des cas, la diurèse s'établit (5 à 6 litres par jour), l'état général s'améliore, et les divers symptômes d'asystolie disparaissent. Quand cette forte diurèse aura duré plusieurs jours, on supprime la théobromine et on donne de l'iodure. Mais si la diurèse ne s'établit pas et si les phénomènes d'intoxication sont trop alarmants, on pratique une saignée de 200 grammes et on continue la théobromine.

La crise est ainsi conjurée pour quelque temps. Une nouvelle crise

d'asystolie venant à se manifester, il faut reprendre le traitement par la digitale et la théobromine. On arrive ainsi à prolonger, souvent pendant fort longtemps, la vie des vieillards asystoliques.

Le Dr Huchard vient de présenter une note à la Société de thérapeutique au sujet de la théobromine; c'est cet auteur qui a recommandé surtout ce médicament comme un diurétique de la plus haute importance; or, il a, ainsi que d'autres, constaté quelquefois que ce médicament produisait des accidents, tels qu'une céphalalgie intense, de la dyspnée, des vomissements.

Tout en tenant compte des cas d'idiosyncrasie, il croit que la théobromine n'est pas toujours égale à elle-même; le remède, qui est cher, ne serait pas toujours pur, mais contiendrait d'autres principes qui ne sont pas des poudres inertes, puisqu'on observe des accidents sérieux. Il faut engager les pharmaciens à s'assurer de la pureté du produit que leur adressent les droguistes. Peut-être trouverait-on dans beaucoup de théobromines, son isomère la théophylline, dont les propriétés, fort peu connues, tendent peut-être à augmenter la toxicité du produit.

On a donné comme réactions permettant de reconnaître si une théobromine est pure, les trois essais suivants : 1° le point de fusion; 2° l'aspect caractéristique des cristaux; 3° la solubilité dans l'eau alcaline. Ces trois réactions réunies donnent une certitude absolue.

L.

—

SELS DE POTASSE DANS L'ASYSTOLIE.

Le Dr Krivonogoff, rapporte la *Revue de thérap. médico-chirurg.* a employé une solution de nitrate de potasse en proportion de 5 p. c. environ à la dose de six cuillerées par jour chez seize malades atteints de différentes affections cardiaques et étant tous à la période de l'asystolie.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

1° Les battements cardiaques augmentent d'intensité et diminuent de nombre : l'arythmie diminue;

2° Les phénomènes de stase dans les poumons, le foie et les reins diminuent; la diurèse augmente, les œdèmes disparaissent ainsi que l'albuminurie;

3° L'état général s'améliore constamment.

Enfin, comme résultat général, dans 8 cas le succès a été complet; dans 5 cas satisfaisant. Dans 3 seulement l'amélioration a été passagère (l'affection cardiaque s'était compliquée de cirrhose).

L'auteur estime que les affections myopathiques, surtout la fatigue

du muscle cardiaque et l'artério-sclérose, sont celles où le traitement par le salpêtre est le plus indiqué.

Krivonogoff a pratiqué des expériences sur des animaux et les résultats obtenus ont confirmé pleinement les faits observés cliniquement en ce qui concerne le ralentissement du rythme et le renforcement des battements cardiaques sous l'influence du remède. L.

—

DES RELATIONS PATHOLOGIQUES ENTRE L'APPAREIL GÉNITAL ET L'APPAREIL URINAIRE CHEZ LA FEMME.

Les rapports anatomiques qui existent entre l'appareil urinaire et l'appareil génital chez la femme, les anastomoses vasculaires qui relient la circulation de l'utérus et celle de la vessie, expliquent comment les affections uro-génitales sont souvent solidaires et connexes.

Ces relations pathologiques ne se limitent pas, d'ailleurs, à la vessie, mais affectent aussi l'uretère qui est en contact avec le col de l'utérus.

Nombre de malades se présentent au praticien avec les apparences d'une affection des voies urinaires, alors que seul l'appareil génital est lésé ; la question, qui vient d'être étudiée en détail par le dr Legueu dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, mérite donc toute notre attention.

L'influence de l'utérus sur l'appareil urinaire se manifeste de plusieurs façons.

I. *Influence dynamique ou réflexe.* Elle se montre à l'état physiologique et à l'état pathologique.

A. *A l'état physiologique.* Signalons la répercussion des congestions actives de la *menstruation*, des congestions passives de la *ménopause* sur la vessie, principalement chez les femmes qui, à la suite de grossesses multiples, ont conservé un utérus gros et mal revenu sur lui-même.

Comme la congestion menstruelle, la *grossesse*, dans ses premières phases, détermine une réaction vésicale qui se traduit par la fréquence des mictions : la compression n'y joue aucun rôle. Ces troubles, en effet, s'observent dans les premières semaines alors que l'utérus a à peine augmenté de volume ; ils sont transitoires ou s'atténuent en même temps que la grossesse poursuit son cours.

L'*accouchement* simple, normal, est parfois suivi d'une rétention passagère.

Cette rétention est assez rare, il est vrai, car sur plus de six mille femmes accouchées à la clinique Baudelocque de 1890 à 1894, vingt malades seulement durent être sondées. Cette rétention dure rarement plus de quelques jours. Elle n'est en rapport ni avec la longueur ni avec la difficulté du travail.

Il s'agit vraisemblablement d'une paralysie réflexe du muscle vésical, exigeant un terrain préparé : ce serait une manifestation de l'hystérie.

L'influence de la congestion menstruelle se fait sentir également sur le *rein* qui augmente de volume ; cliniquement le fait est très appréciable sur le rein devenu mobile et ainsi plus accessible à l'exploration ; il y a souvent à ce moment une exagération des douleurs.

B. *A l'état pathologique*. Les affections gynécologiques diverses retentissent presque toujours sur la vessie, les troubles fonctionnels occasionnés sont la pollakiurie, les douleurs, la rétention et l'incontinence.

1° *Pollakiurie et douleurs*. La fréquence des besoins et la douleur des mictions presque toujours associées, constituent ce qu'on a appelé la *vessie irritable ;* ces symptômes ont une intensité variable et vont jusqu'à former le syndrome de la *névralgie vésicale ;* inutile de dire qu'il s'agit de troubles purement fonctionnels, qu'il n'y a pas de cystite, les urines restant claires.

Les *infections génitales*, les métrites, surtout les métrites avec déviations, les salpingites sont de toutes les affections de l'appareil génital celles qui produisent le plus souvent la pollakiurie seule ou la pollakiurie associée à la dysurie. Dans les métrites simples, non compliquées, sans annexites, ces troubles se montrent passagers, par intermittence. Ils s'observent encore plus souvent dans les métrites compliquées de salpingo-ovarites. Sur 137 femmes atteintes d'infections génitales à divers degrés, que l'auteur a examinées au point de vue des troubles urinaires, il a noté quarante-cinq fois de la pollakiurie intermittente ou durable, et des mictions douloureuses. Le jour, les mictions se répètent tantôt toutes les heures, quelquefois toutes les demi-heures. La nuit, elles sont moins fréquentes, mais les malades sont obligées de se lever plusieurs fois.

Ces troubles sont rarement continuels ; ils sont intermittents. On les voit paraître au moment des règles, lors de la poussée congestive qui accompagne ou précède la menstruation. D'autres fois ils sont en rapport avec ces poussées d'aggravation, que la fatigue détermine dans un foyer de salpingite en évolution.

Dans les *prolapsus génitaux*, surtout au début, dans la *cystocèle*, on observe encore les mictions fréquentes, douloureuses.

Ces troubles sont plus rares avec les *tumeurs :* celles-ci agissent surtout mécaniquement sur la vessie. Cependant les néoplasmes très vasculaires, ceux au moins qui, par leur présence ou leur situation, sont appelés à entretenir dans l'utérus et accessoirement dans la vessie une congestion continue ou intermittenté, sont capables de détermi-

ner le syndrome de la vessie irritable. Cela se voit par exemple avec les fibromes, surtout avec les fibromes du corps ou de la face antérieure de l'utérus.

Il s'agit dans tous ces cas d'une influence congestive.

2° *Rétention ou incontinence.* La rétention et plus rarement l'incontinence vraie s'observent chez la femme en dehors de toute lésion de l'appareil urinaire et sans qu'aucune influence mécanique ne puisse être invoquée.

Exceptionnellement, la rétention complète d'urine est provoquée par les infections génitales, une salpingite ou une métrite; elle survient surtout à la suite des *opérations gynécologiques ;* elle est même la règle à la suite de la laparotomie, après l'hystérectomie, mais s'observe aussi à la suite d'opérations beaucoup moins complexes, comme le curettage, l'amputation du col, la trachélorraphie, la périnéorraphie et sans que, en aucune manière, on puisse incriminer la compression par des tampons vaginaux.

La rétention disparaît après quelques jours comme celle qui survient après l'accouchement; elle paraît être de la même essence : pour créer la paralysie, l'opération agit par voie réflexe et comme agent provocateur de l'hystérie.

Une seule fois, l'auteur a observé de l'*incontinence*, comme si la paralysie avait porté non sur le muscle vésical, comme pour la rétention, mais sur le sphyncter uréthral.

II. *Influences mécaniques.* Il s'agit ici d'une déviation ou d'une compression des organes.

1° *Vessie et urèthre.* On comprend aisément comment les déplacements ou les tumeurs de l'utérus ou des annexes peuvent exercer sur la vessie et sur l'urèthre une influence mécanique susceptible de troubler leur fonctionnement.

Les *prolapsus génitaux* occasionnent volontiers une rétention incomplète ou complète ; l'*allongement hypertrophique du col*, les *rétroversions*, surtout la rétroversion de l'utérus gravide, provoquent facilement aussi la rétention.

Enfin, les *tumeurs pelviennes,* notamment les tumeurs du col de l'utérus, les fibromes du corps enclavés, inclus dans les ligaments larges, les kystes parovariens et en général toutes les tumeurs que leurs connexions anatomiques forcent à se développer dans l'excavation pelvienne plutôt que dans la cavité abdominale, exercent sur la vessie et sur l'urèthre des compressions fâcheuses.

D'autres fois c'est par un autre mécanisme que la compression, que ces tumeurs agissent sur la vessie; celle-ci est en partie attirée en haut, comme étirée par la tumeur.

Les troubles urinaires déterminés par ces déformations sont souvent assez prononcés pour attirer de bonne heure l'attention, et à une époque, où l'existence de la tumeur est encore méconnue. Et l'on voit souvent les malades venir consulter pour des troubles urinaires, alors que l'exploration révèle l'existence d'une tumeur de l'utérus et d'une compression de la vessie.

Suivant le siège de la compression, suivant le sens dans lequel elle s'effectue, les symptômes sont variables.

Des tumeurs abdominales, des fibromes, des kystes de l'ovaire, peuvent comprimer la vessie de haut en bas, l'empêcher de se distendre jusqu'aux limites de sa capacité physiologique, et déterminer une pollakiurie qui peut aller jusqu'à la fausse incontinence. Ce sont là cependant des faits exceptionnels, et le plus souvent la compression vient d'en bas, et détermine la rétention d'urine, complète ou incomplète. Celle-ci est irrémédiable tant que la cause n'est pas supprimée ; et par les complications auxquelles elle expose, elle devient une des indications les plus pressantes à l'opération.

2° *Uretère*. Les compressions de l'uretère sont moins fréquentes et moins connues.

Les déplacements, les prolapsus génitaux agissent sur l'uretère plutôt par distension que par compression. Lorsque l'utérus s'abaisse, les uretères sont en même temps allongés, tiraillés, leur calibre est rétréci, et il en résulte des altérations secondaires qui constituent un des facteurs de la gravité de l'hystérectomie pour prolapsus utérin.

Les *tumeurs de l'utérus et des annexes* compriment l'uretère en deux points, dans l'excavation pelvienne ou au niveau du détroit supérieur. L'uretère en effet n'est comprimé que là où il repose sur une résistance osseuse, au niveau du détroit supérieur, par exemple. Dans l'excavation, il est encore comprimé contre la paroi osseuse du bassin ; enfin il peut aussi être comprimé ou envahi par un néoplasme.

Il est donc deux sortes de tumeurs, qui sont succeptibles de léser l'uretère : des tumeurs pelviennes ou des tumeurs abdominales.

Parmi les premières se trouvent les fibromes et le cancer.

Les fibromes pelviens, les fibromes développés dans le segment inférieur de l'utérus refoulent et déplacent l'uretère à son abouchement à la vessie, et sans aplatir complètement son calibre, le rétrécissent assez cependant pour que la circulation urétérale soit entravée et pour que le rein se dilate.

Le *cancer du col* envahit et comprime lui aussi l'uretère à sa terminaison ; ces lésions sont constantes dans les cancers avancés, infiltrés.

Parmi les tumeurs abdominales qui sont susceptibles de comprimer

l'uretère au détroit supérieur se trouvent les gros fibromes à évolution abdominale. L'utérus fibromateux agit comme l'utérus gravide : la compression de l'uretère par l'*utérus gravide* est bien établie. Sur trente-quatre autopsies de femmes enceintes, Olshausen a constaté dans vingt-cinq cas de la dilatation des uretères. C'est au niveau du détroit supérieur que s'effectue cette compression, elle commence vers le cinquième ou le sixième mois, elle porte surtout à droite.

Lorsque la compression uretérale est double, elle conduit à l'urémie et à la mort.

Mais lorsqu'elle est unilatérale, elle passe inaperçue; la distension du rein se fait, comme toujours, silencieuse. Le palper ne parvient pas à révéler une augmentation appréciable du volume de l'organe, et on constate seulement dans l'urine la présence d'une faible quantité d'albumine. Lorsque la tumeur est enlevée, les lésions se réparent, il n'en reste plus trace comme il advient dans la grossesse ; ici, la lésion passe complètement inaperçue, à moins qu'une infection surajoutée n'attire l'attention sur une distension jusqu'alors latente.

III. *Infections.* Entre l'appareil génital et l'appareil urinaire, il existe aussi des relations d'infection. L'infection est souvent réalisée sur les deux appareils en même temps ; d'autres fois, la vessie est préparée à recevoir l'infection par une maladie préexistante de l'utérus ou des annexes, dont l'action sur la détermination de la cystite, quoique indirecte, n'en est pas moins certaine.

Citons la *cystite de la grossesse*, la *cystite puerpérale* qui relèvent de la congestion ou de la compression, il faut tenir compte aussi des traumatismes de l'accouchement et de la rétention qui lui fait suite.

De toutes les maladies de l'appareil génital de la femme, celles qui retentissent le plus souvent sur la vessie pour y provoquer la cystite, ce sont les infections. La cystite est beaucoup plus fréquente au cours des infections génitales qu'elle ne l'est avec les déplacements, avec les tumeurs, et ce fait s'explique aisément.

Les *infections génitales :* vaginite blennorrhagique, métrite, salpingite, exercent à la fois leur influence nocive sur le micro organisme du vagin, dont elles exaltent la virulence, et sur le terrain qu'elles préparent à l'invasion microbienne par la congestion toujours, par la rétention quelquefois, et souvent par la combinaison de ces deux influences.

Les maladies de l'utérus et des annexes étendent aussi leur influence jusqu'au rein et y favorisent dans certaines conditions la localisation de l'infection.

Une tumeur, un fibrome comprime l'uretère ; le rein distendu plus ou moins devient plus apte à recevoir l'infection par une voie ou par

l'autre, par l'uretère ou par la voie circulatoire ; ainsi s'expliquent entre autres les *pyélo-néphrites de la grossesse*. L.

—

SYMPTOMES PRÉCOCES DES INFECTIONS PUERPÉRALES.

Principiis obsta est un précepte de la vieille médecine... que la médecine moderne n'a aucune bonne raison de dédaigner.

Il importe d'autant plus de reconnaître les maladies infectieuses dès leurs premières manifestations que c'est le vrai moment où l'art a encore quelques chances de lutter victorieusement contre elles : plus tard... il est presque toujours trop tard ; *serò medicina paratur* : les toxines se sont produites et, jusqu'au jour où la sérothérapie aura tenu ses promesses, on peut dire que l'empoisonnement évolue dans les profondeurs des tissus, en dehors de nos atteintes.

Nous avons la conviction que l'on peut guérir l'infection puerpérale et la diphthérie à leur début : un verre d'eau suffit pour éteindre un incendie qui commence, le tout est de venir à point.

M. le dr Ferré, de Pau, dans l'*Obstétrique*, attire l'attention des praticiens sur les *symptômes précoces* qui se produisent déjà pendant le travail ou dans les premières heures qui le suivent. Ils se manifestent souvent si peu bruyamment que leur importance pourrait paraître négligeable à tout esprit peu prévenu. Les plus constants de ces avertisseurs sont : les élévations de température, l'accélération du pouls et l'insomnie. Il oublie le faciès et un état d'apathie ou de *torpeur* auquel nous attribuons toujours une signification grave.

Élévations de température. Il s'agit de petites élévations 37°, 7 à 38°2 se produisant une fois par jour, parfois deux, fréquemment le soir, quelquefois à midi, rarement le matin et souvent séparées les unes des autres par des températures basses. Ce symptôme se produit le plus souvent sans que rien attire l'attention sur le malade. La température peut même s'élever plus haut sans que l'état général du malade soit troublé et si le thermomètre n'était pas appliqué dans l'aisselle on demeurerait dans une fausse sécurité.

A cette période la défervescence du matin est la règle, mais ne suffit pas pour donner une sécurité absolue,car on peut voir le thermomètre monter très haut dans la journée.

Chez la femme récemment accouchée toute température dépassant 37°5 est suspecte.

Accélération du pouls. Ce signe est d'une appréciation plus délicate et peut dépendre d'autres facteurs : hémorrhagies, fatigue du travail, émotions, etc. Cependant sa persistance doit préoccuper, surtout s'il y a eu précédemment quelque montée thermométrique.

Un pouls de plus de 80, constaté au moment où la température est abaissée, surtout le matin, permet souvent d'annoncer que celle-ci va bientôt se relever.

Insomnie relative ou absolue. Les troubles du sommeil sont importants, surtout s'ils s'accompagnent de troubles circulatoires et thermiques.

Ce symptôme, dit M. Ferré, est souvent plus difficile à recueillir qu'on ne pourrait le penser au premier abord; beaucoup de femmes interrogées à ce sujet font des réponses vagues comme celle-ci : « J'ai reposé » voulant dire qu'elles n'ont pas été agitées. Il faut se garder de se contenter de cette réponse et poursuivre une enquête de façon à savoir si la malade a réellement *dormi*. Dans le cas d'insomnie il faudra rechercher si celle-ci a une autre cause que l'infection, sans s'arrêter toutefois aux choses futiles que l'entourage et la malade elle-même invoquent le plus souvent. On ne saurait trop se méfier des femmes qui ne dorment pas ou dorment mal immédiatement après l'accouchement.

Outre ces signes précoces, mais moins importants, il y a encore les *céphalalgies*, les *troubles de l'écoulement lochial* et de la *lactation* et surtout de *vagues impressions de froid*, n'allant pas jusqu'au frisson, dans les jambes, le dos, le tour de la taille.

Plus tard les symptômes non équivoques de l'infection éclatent et l'illusion n'est plus guère possible.

Averti par un de ces signes précoces le praticien n'a pas de temps à perdre : c'est le moment de lutter avec le mal de vitesse, et d'étouffer le feu qui couve avant qu'il flambe, en désinfectant soigneusement tout le tractus génital « Principiis obsta ! » E. H.

APNÉE DES NOUVEAU-NÉS NOUVEAU PROCÉDÉ DE PNEUMATOGÉNIE.

Les moyens pour faire respirer un nouveau-né qui ne respire pas, ou ne respire pas complètement, sont aussi variés que nombreux : outre l'insufflation directe, qui mérite peut-être de garder le premier rang, il y a les procédés de Marshall-Hull, de Sylvester, de Pacini de Bain, de Schultze, de Laborde.

M. le d^{r} Audebert vient d'allonger la liste des ressources de l'art et de proposer un procédé nouveau, qu'il expérimente depuis cinq ans et qui se recommande par une grande facilité d'exécution.

Situation du nouveau-né et position des mains. L'accoucheur assis sur une chaise basse, étend sur ses genoux croisés le nouveau-né, qui doit être dans le décubitus dorsal, le tronc découvert, la tête et les

jambes dépassant à droite et à gauche la cuisse de l'opérateur. De cette façon les mouvements du cou et les membres inférieurs sont absolument libres. La tête de l'enfant est alors coiffée par la main droite, dont la paume embrasse la nuque et l'occiput; le pouce est au niveau de l'oreille gauche, les quatre autres doigts prennent un point d'appui près de l'oreille droite. En même temps la main gauche saisit solidement les membres inférieurs.

Premier temps. Dans cette attitude la main droite porte la tête en arrière dans l'*extension* complète, et les membres inférieurs sont attirés en bas de l'autre main : le corps de l'enfant est alors en opisthotonos; le thorax bombe fortement en avant, les côtes s'écartent, le diaphragme s'abaisse.

Deuxième temps. Le mouvement s'exécute en sens inverse. La main droite soulève lentement la tête et la met en flexion forcée jusqu'à ce que le menton vienne au contact du sternum. De la main gauche on rapproche les membres inférieurs du bassin, en les fléchissant au maximum et en portant les cuisses sur l'abdomen. Cela fait le nouveau-né est pelotonné *en boule*, c'est-à-dire les extrémités inférieures sont fléchies et la colonne vertébrale décrit une courbure à convexité postérieure. Les côtes glissent l'une sur l'autre et les espaces intercostaux s'effacent, le diaphragme remonte.

En résumé : premier temps, extension; deuxième temps, flexion. Ces deux mouvements contraires, qui constituent la révolution respiratoire complète, doivent être exécutés doucement et régulièrement huit à dix fois par minute.

Pendant le premier temps *extension*, on voit le diaphragme et les côtes se soulever, l'amplitude du thorax augmente dans des proportions considérables, c'est l'*inspiration*. En même temps, l'extrémité antérieure de la langue qui est appliquée sur le plancher de la bouche se soulève et l'os hyoïde est attiré en bas, entraînant avec lui la base de la langue. On obtient ainsi un double résultat : d'abord provocation automatique du mouvement inspiratoire par suite de l'ampliation de la loge thoracique; en second lieu excitation de la base de la langue. Le premier de ces résultats est cherché dans toutes les méthodes de respiration artificielle; c'est au second que le procédé de Laborde doit probablement ses succès.

Dans le second temps, la *flexion* forcée amène la diminution de la capacité thoracique; à ce moment on voit souvent des mucosités être expulsées spontanément de la bouche et des narines, ce qui indique bien que l'air et les mucosités bronchiques ou trachéales subissent de dedans en dehors une véritable expression.

Ce procédé facile et qu'on peut longtemps continuer sans fatigue,

n'exclut nullement l'insufflation qu'on doit tout d'abord pratiquer. Il peut rendre de grands services aux enfants très faibles, dont le réflexe respiratoire est difficile à éveiller, qui, selon l'expression de l'auteur *oublient* de respirer, et chez lesquels pendant des heures il faut faire de la pneumogénèse.

Au besoin M. Audebert injecte une demi seringue de Pravaz d'éther et il lui est arrivé de ramener ainsi à la vie des enfants que ni l'insufflation ni les tractions rythmées de la langue n'avaient pu ranimer. E. H.

VOMISSEMENTS INCOËRCIBLES DE LA GROSSESSE; NOUVEAU TRAITEMENT.

M. le dr Geoffroy a fait connaître au Congrès de Moscou, une nouvelle méthode de traitement des vomissements de la grossesse qui lui aurait procuré des guérisons rapides. Appliquant la méthode de la *palpation prolongée* du tube digestif à l'examen de femmes grosses, il est arrivé à constater que les vomissements étaient dus à une contracture réflexe du pylore, du duodénum et plus particulièrement de l'angle ilio-pelvien du côlon.

La contracture du pylore et du duodénum étant elle-même secondaire et résultant de celle de l'angle ilio-pelvien du colon, c'est sur ce dernier point qu'il faut agir.

La *palpation prolongée*, qui permet de reconnaître cet état d'hyperesthésie et de contracture, en constitue aussi le traitement; son action est certaine et rapide et, au dire de M. Geoffroy, en une, deux ou trois séances très courtes elle calme l'hyperesthésie et fait cesser les vomissements. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 25 septembre 1897.

1. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du mémoire soumis à l'Académie par M. le dr A. Ver Eeeke, assistant à l'Université de Gand, intitulé : *Les échanges organiques dans leurs rapports avec les phases de la vie sexuelle. — I. Etude des modications des échanges organiques sous l'influence de la menstruation* M. Boddaert, Rapporteur.

Dans une première partie, l'auteur examine, chez la femme, l'influence des règles sur l'excrétion de l'urée, des phosphates et des chlorures et, dans la seconde, il traite des modifications analogues qui se produisent pendant la menstruation chez la lapine.

Il arrive à la conclusion générale suivante : Dans les deux cas, le ralentissement des combustions organiques est un effet de la menstruation; il est interrompu par l'onde menstruelle qui active la diurèse, ainsi que l'élimination de l'urée et des phosphates.

Cette onde cataméniale se forme au moment où le flux menstruel s'établit; elle présente une amplitude qui est en raison directe de l'abondance de l'évacuation sanguine; elle est passagère et suivie d'une chute lytique pendant toute la durée de la menstruation quand celle-ci est profuse ; critique, quand la perte de sang est moins considérable.

Il faut probablement la rapporter à l'écoulement sanguin ; en effet, M. Ver Eecke, dans la dernière partie de son étude, montre qu'une hémorrhagie aiguë imprime au travail de désassimilation des modifications analogues à celles qui correspondent à l'onde cataméniale.

La Commission propose d'adresser des remerciements à l'auteur et d'insérer son travail dans le *Bulletin*. — Adopté.

2. Rapport de la Commission sur la note transmise à l'appréciation de l'Académie par MM. Lambotte et Bossaert, étudiants en médecine à Liége, portant pour titre : *Recherches sur le diagnostic pratique de quelques microbes par les substances chimiques agglutinantes*. — M. Rommelaere, Rapporteur.

« Le travail soumis à l'examen de la Commission a pour point de départ la propriété du typhus-sérum d'agglutiner fortement les bacilles d'Eberth. Cette propriété ne se manifesterait d'une manière prononcée que vis-à-vis du microbe de l'affection contre laquelle un animal est immunisé. C'est un point sur lequel il nous paraît prudent de faire des réserves.

Quoi qu'il en soit, la réalité de l'agglutination est incontestable dans certaines conditions; mais pour l'obtenir, il faut que le praticien dispose constamment de sérums immunisés. C'est une difficulté dans bien des circonstances, et c'est en vue d'y remédier que les auteurs ont recherché si les procédés indiqués par Malvoz pouvaient conduire à différencier les bacilles typhiques. La détermination de ce point spécial fait l'objet du mémoire de MM. Lambotte et Bossaert.

S'inspirant des travaux de Malvoz, ils ont eu recours à la formaline pure, au sublimé à 0,7 ‰ à l'eau oxygénée, à la safranine à 1 ‰ Ils accordent la préférence à la formaline, qui donne aux flocons bacillaires une netteté plus grande que celle que le typhus-sérum détermine.

La réaction nouvelle constitue un bon signe de plus, disent-ils, de même valeur au moins que les propriétés zymogènes en faveur de l'existence du bacille d'Eberth; mais, pas plus que le typhus-sérum, elle ne constitue un critérium certain. Il est donc indispensable, après avoir constaté qu'une colonie est constituée par des bacilles

subissant l'agglutination chimique, de la soumettre aux épreuves habituelles de la recherche du bacille typhique.

Le travail constitue une application pratique d'un fait connu à l'élucidation d'une question qui est à l'ordre du jour. Les auteurs font les réserves scientifiques, indispensables au moment actuel, sur l'importance des conclusions que l'agglutination des bacilles pourrait inspirer.

A ce double titre, votre Commission estime qu'il y a lieu d'accueillir favorablement leur travail, de l'insérer dans le *Bulletin* et de les engager à continuer leurs recherches »

-- Ces conclusions sont adoptées.

3. Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail envoyé à l'Académie par M. Duyk, pharmacien à Ixelles, intitulé : *L'échauffement sulfurique appliqué à l'examen des huiles essentielles.* — M. Depaire, Rapporteur.

« L'auteur, considérant que l'élévation de température résultant de l'agitation de l'acide sulfurique avec les huiles grasses, dans des conditions déterminées, offre un moyen facile et rapide de constater leur identité et leur degré de pureté, a recherché si la même opération, appliquée aux essences, ne donnerait pas des résultats utilisables dans les opérations ayant pour but d'en reconnaître l'origine et les falsifications.

M. Duyk s'est d'abord heurté à une difficulté pratique importante : l'action énergique, parfois tumultueuse et dangereuse, de l'acide sur les essences : il l'a évitée en délayant préalablement l'essence dans un liquide qui le solubilise parfaitement et pour lequel l'acide sulfurique concentré n'a pas ou a peu d'affinité. Ce liquide est la paraffine liquide, que tous les pharmaciens doivent avoir dans leur officine. Grâce à l'emploi de ce dissolvant, l'action de l'acide sulfurique est régularisée ; le degré d'échauffement peut être déterminé facilement, rapidement et avec une exactitude suffisante, en opérant sur 1 centimètre cube d'essence préalablement dissoute dans 4 centimètres cubes de paraffine liquide.

Les résultats obtenus en agissant sur un certain nombre d'essences et de leurs composants, sont consignés dans les tableaux qui terminent le travail.

Nous estimons, dit le Rapporteur, que les indications données par l'auteur sont de nature à rendre de réels services dans l'examen des essences. Le procédé est, à la fois, facile à exécuter, peu dispendieux, réalisable dans toutes les officines et dans les dépôts d'essences.

En conséquence, la Commission propose l'impression du travail de M Duyk dans le *Bulletin* de l'Académie. »

— Cette conclusion est adoptée.

4. Rapport de la Commission qui a examiné le mémoire de M. S. Vreven, pharmacien à Vilvorde, intitulé : *Sur un nouveau procédé de différenciation de l'atropine et de l'hyoscyamine.* — M. Blas, Rapporteur.

« On possède très peu de moyens pour différencier l'atropine et

l'hyoscyamine. M. Vreven a trouvé une réaction nouvelle, basée sur la cristallisation des précipités que fournissent ces alcaloïdes avec la solution d'iodure cadmico-potassique et sur la différence que présentent ces formes cristallines sous le microscope.

Cette réaction sera utilisée avantageusement pour la recherche de ces alcaloïdes en général et lors de l'analyse des préparations pharmaceutiques à base de belladone et de jusquiame, ainsi qu'en toxicologie. Elle pourra peut-être fournir le moyen d'obtenir chacun de ces alcaloïdes à l'état de pureté.

Nous avons l'honneur, Messieurs, de vous proposer l'impression de la notice de M. Vreven dans le *Bulletin* de l'Académie. »

— Cette conclusion est adoptée.

Note sur les longues trèves de la tuberculose pulmonaire et sur le réveil de celle-ci sous l'influence de la grippe; par M. le d^r L.-H. Petit, Secrétaire général de l'Œuvre de la tuberculose, à Paris.

La tuberculose pulmonaire survenant dans l'enfance, chez des sujets nés de parents arthritiques et se trouvant dans de bonnes conditions hygiéniques, peut s'arrêter, et la santé redevenir assez bonne pour faire croire à une guérison complète.

Cette trève de la tuberculose a pu durer pendant plus de trente ans.

A la suite d'attaques de grippe, uniques ou multiples, la tuberculose s'est manifestée de nouveau, dans les mêmes points où elle avait été constatée autrefois.

L'influence de la grippe sur la cessation de ces trèves de la tuberculose ne paraît pas douteuse.

Malgré la longue période de bonne santé qui a séparé la première atteinte de tuberculose de la seconde, celle-ci a été beaucoup plus grave que la première, puisque sur six sujets observés, quatre sont morts.

Ce travail sera imprimé dans le *Bulletin*.

Discussion de la communication de M. Schrevens, intitulée : *Prophylaxie des épidémies de rougeole dans les écoles*.

M. Desguin a demandé la parole, non pas pour critiquer la communication de M. Schrevens, mais, au contraire, pour l'appuyer et pour attirer sur elle l'attention de l'Académie, cette communication, d'après lui, étant très importante.

Il faudrait, dit M. Desguin, faire comprendre aux populations que la rougeole est une maladie sérieuse par les complications qu'elle amène, complications causées le plus souvent par le refroidissement, le manque de soins, l'aération défectueuse et une mauvaise habitation. Cette maladie ne doit donc pas être négligée, et dans les ménages pauvres, là où il n'est pas possible d'isoler les personnes atteintes, il serait nécessaire de les faire transporter à l'hôpital.

Mais où M Desguin ne partage pas la manière de voir de M. Schrevens, c'est lorsqu'il considère l'école comme la cause la plus active de la propagation des épidémies de rougeole. Beaucoup d'enfants qui contractent cette maladie ne sont pas en âge d'école. Assurément, si l'on

parvient à préserver les écoles, on aura fait un grand pas; mais, contrairement aux idées de M. Schrevens, il faudrait, dès l'apparition de la maladie, les fermer complètement pendant douze ou treize jours, bien que cette mesure ne soit pas encore d'une efficacité absolue, puisque les enfants peuvent se contagionner en jouant ensemble à la rue.

M. Desguin entre encore dans quelques considérations au sujet de la déclaration aux autorités des cas de rougeole survenant à l'école, etc.

— M. Kuborn a eu son attention attirée, il y a quelques années, sur le traitement de la tuberculose consécutive à la rougeole et il a recueilli quelques observations à ce sujet. Le danger de la rougeole n'est pas seulement actuel, il porte aussi sur l'avenir. Il se propose de revenir sur cette question dans la prochaine séance.

— Cette discussion sera continuée dans la prochaine réunion.

M. Masius est élu premier Vice-Président.

Un second scrutin pour l'élection du Président et du second Vice-Président aura lieu dans la prochaine séance, la majorité exigée par le Règlement n'ayant point été obtenue par les candidats à ces fonctions.

VARIÉTÉS.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE.

La dichotomie. — Un Juge me demandait l'autre jour ce qu'il faut entendre au juste par *dichotomie* — un mot nouveau dont vient de s'enrichir le vocabulaire parisien. — S'agirait-il, comme l'étymologie le fait supposer, d'une nouvelle hardiesse chirurgicale, consistant à couper le malade en deux ?

— Pas le malade, répondis-je, mais l'argent qu'on parvient à tirer de lui. Je m'explique. Supposons votre Président de Chambre affligé de la pierre. Son médecin traitant, le Dr Lasonde, appelle le confrère Saxifrage, une célébrité, à la rescousse. Ils débarrassent le magistrat de son caillou — et, pour honoraires, lui demandent, le premier 500 frs, le second 5,000.

Le Président bougonne bien un peu contre le « prince de la science » mais paie. Et sur les 5,000 frs qu'il a touchés, le « prince » sous main, en repasse 2,000 à l'humble praticien. Ces honorables confrères — ou compères — ont fait de la dichotomie.

Vous connaissez maintenant le mot, que pensez-vous de la chose?

— « Le mot, dit le Juge, me paraît impropre, et la chose, malpropre. Laissons l'usage du vocable aux botanistes, qui l'ont inventé et s'en servent congrûment : à détourner un mot de son acception propre on fausse la langue, on embrouille les idées et le terme « maquignonnage » suffit pour désigner la chose. Voyons ce qu'elle est au fond.

« Saxifrage, lui-même, estime que son opération ne vaut pas plus de 3,000 frs : la preuve, c'est qu'il se contente de ce denier... qui représente déjà la moitié du traitement du Président — et il réclame 5,000 frs! 2,000 frs de trop!

— Oui, mais par générosité, pour les donner au confrère qui l'a fait appeler.

— « Pardon, je n'admets pas cela. Si, me devant un gilet, je vous prenais en plus du gilet, votre montre, pour la donner à mon greffier, comment qualifieriez-vous cette « générosité »? Je poursuis. Lasonde, de son côté, a taxé la valeur de ses soins à 500 frs; donc il ne lui revient rien de plus; il est payé. — Alors de quel nom qualifier ces agissements entre pseudo-généreux et pauvre honteux, se repassant des milliers de francs qui ne sont pas à eux, auxquels ils n'ont aucun droit?

» Reste le personnage le plus intéressant, mon pauvre Président, taillé de toutes les façons. Que diriez-vous si faisant comparaître devant son tribunal le praticien qui lui a pris, indûment, 2000 frs, et le praticien qui les a indûment empochés — il ouvrait son code aux articles *vol* et *recel*, et les leur appliquait? »

— Vous êtes sévère, M. le Juge!...

— « Du tout : je veux la profession médicale respectable et respectée et, si je le pouvais, à grands coups d'étrivières, je chasserais du temple les tripotiers qui le souillent! — Que le grand confrère vienne en aide au petit par des générosités vraies, rien de mieux! mais non par des largesses qui l'humilient, l'amoindrissent ou l'achètent, dont le malade seul fait tous les frais, et, qu'en conscience, il ne peut accepter. J'ai dit. »

Faut-il en appeler à un autre Juge? — Je le veux bien, quoique ce ne soit guère la peine : le Président a au moins 2000 raisons d'être

du même avis que son assesseur — et, au tribunal, deux avis conformes forment majorité.

Un avocat en contait l'autre jour « une bien bonne ! » — Ceci n'est pas de la dichotomie... mais de la *boursotomie* tout de même. — Il avait envoyé à un client une note d'honoraires de 1000 frs. Seulement le 1, très mal écrit, ressemblait plutôt à un 7. Quelques jours plus tard le client vient le trouver avec une mine pénaude : il a trouvé la note horriblement salée. Voyons, M. l'avocat, je ne suis pas un millardaire... au lieu de sept mille frs, ne pourriez-vous pas vous contenter de trois mille ? — Et profitant de l'erreur, l'avocat mit les trois billets de mille en poche !

Eh ! bien je ne trouve pas le trait plaisant du tout : il est canaille. — Revenons à la dichotomie.

— Un de mes amis se rend avec son vétérinaire chez un marchand de chevaux. Le marchand glisse dans l'oreille de l'artiste : « Si le marché se fait, il y a cent francs pour vous. » On fait sortir les chevaux de l'écurie, on les fait trotter, on leur regarde dans la bouche, on discute et, finalement, mon ami dit au marchand : « Combien le bai brun ?

— Quinze cents francs. — Je le prends. —

— Vous le pouvez, intervient le vétérinaire, la bête est bonne, mais vous ne paierez que son *vrai* prix, quatorze cents francs ! »

Ce vétérinaire honnête, qui ne s'entend pas avec le maquignon pour détrousser le client, n'est peut-être pas « dans le mouvement » et je l'ai entendu traiter d'imbécile !... par des gens qui, certainement, n'ont pas de la probité la même notion que nous.

La probité, ou même la délicatesse, du médecin ne doit jamais être suspectée, et les médecins qui adoptent les mœurs des maquignons, à bon droit, doivent déchoir dans l'estime publique à leur niveau.

Qui exige du respect doit en être digne.

— Dans son *Projet de tarif général minimum des honoraires médicaux* (1), M. le Dr H. Jeanne écrit les lignes suivantes :

« Nous sommes tous suspects aujourd'hui de pratiquer, quand nous avons à nous rencontrer au lit d'un malade, une sorte de com-

(1) In *Concours médical.*

pérage incompatible avec la dignité du médecin, et basé sur le mode de partage des honoraires, laissé au libre choix de chacun. On dit que des Maîtres, et des plus haut côtés pour l'habileté professionnelle, ont organisé, parmi les simples praticiens, un système de primes à la collaboration médicale et chirurgicale; qu'ils se sont ainsi créé des rabatteurs, dont le public paie l'activité, et de sa santé et de sa bourse. On dit que si cette vilaine pratique fut d'abord très exceptionnelle, l'exemple a été suivi par les rivaux des inventeurs, qui se sont considérés comme en état de légitime défense. On dit enfin, qu'après avoir vu leur clientèle passer aux mains des rabatteurs, les praticiens se sont aperçus qu'ils ne pouvaient plus vivre que par l'emploi du même système, de telle sorte que si, au début, les grands ont séduit les petits par des remises considérables, *faites à l'insu du client*, aujourd'hui les petits font du chantage près des grands, leur imposant, sous menace de quarantaine, ces trafics honteux. Le choix du consultant ou de l'opérateur par le médecin traitant, serait subordonné non aux considérations de savoir, d'habileté, de confiance, mais à l'importance de la remise qu'ils font. Cet état de choses est désigné sous le nom de *régime de la dichotomie*. Quelle que soit sa généralisation (nous ne la connaissons pas, car on cache toujours ces choses-là) on sait quelle déconsidération il jette sur le corps médical tout entier, atteignant les purs comme les suspects, et donnant lieu à des protestations du genre de la proposition Michelin.

» C'est donc cet état de suspicion générale, provoqué par l'esprit mercantile de quelques-uns, que nous tenons à faire cesser. »

La chasse à la clientèle par le rabattage en haut et le chantage en bas, c'est à se croire dans un forêt de Bondy... ou de bandits !

La dignité de la profession — a dit Dechambre — est faite de celle de tous ses membres, et elle périrait si chacun faisait bon marché de la sienne. Restons honnêtes... et nous resterons honorés.

Dr EUGÈNE HUBERT.

Empoisonnement par l'opium traité par le permanganate de potasse. — L'utilité du permanganate de potassium comme antidote de la morphine et de l'opium paraît se confirmer, d'après des recherches faites en Amérique; le d^r Ovid Moor se serait même décidé à expérimenter la méthode sur lui-même en absorbant 2 heures après le

déjeûner 30 centigrammes de sulfate de morphine et immédiatement après une solution de permanganate de potasse (50 centigrammes dans 250 grammes d'eau). *Il ne se produisit aucun effet narcotique.* Mais il n'est pas nécessaire, pour obtenir l'effet antitoxique, que le permanganate soit administré de suite après l'ingestion de l'opiacé, ainsi que diverses observations l'ont démontré : en outre, la voie hypodermique produit les mêmes résultats.

Le dr Torre a fait connaître un cas d'empoisonnement par la morphine où le permanganate a procuré une véritable résurrection.

Il s'agissait d'une fillette de 5 ans qui avait avalé par mégarde une potion contenant six centigrammes de chlorhydrate de morphine. M. Torre, appelé en hâte, trouva l'enfant déjà froide, dans un état soporeux profond, presque comateux : elle ne réagissait plus aux excitations, le pouls était à peine perceptible, la respiration lente, stertoreuse, avec pauses. Devant la gravité du cas, on ne pouvait penser ni au lavage gastrique, ni même à l'administration d'un vomitif : il fallait agir contre l'empoisonnement lui-même. C'est alors que M. Torre songea au permanganate de potasse. Il fit tout d'abord boire à la petite malade une solution de 0,20 centigr. de cette substance dans 200 gr. d'eau, puis pratiqua, coup sur coup, trois injections hypodermiques d'une solution de permanganate à 1 p. c. Un quart d'heure déjà après cette médication l'état de l'enfant était meilleur; quand elle commença à revenir à elle, on lui fit boire encore par cuillerées une potion de 0,06 centigr. de permanganate dans 120 gr. d'eau. En quelques heures elle fut complètement guérie.

On a recueilli jusqu'à ce jour une centaine de cas d'empoisonnement par l'opium traités par le permanganate; les résultats obtenus permettent de formuler les règles suivantes :

1° Faire ingérer de 5 à 6 décigrammes et davantage de permanganate, en solution diluée, pour rendre inoffensif l'opium qui pourrait encore séjourner dans l'estomac.

2° Continuer à administrer, de temps en temps, la solution, pour neutraliser l'alcaloïde qui s'élimine par la muqueuse stomacale après avoir été absorbé, ainsi que l'ont démontré des expériences physiologiques répétées.

3° Injecter sous la peau une solution de permanganate de potasse à 1 p. c.

—

La dulcine chez les diabétiques. Ce produit (paraphénolcarbanide) découvert par Berlinblau est 250 fois plus sucré que le sucre; c'est une poudre cristallisée, parfaitement blanche, fusible à 173-174°, soluble en 800 parties d'eau à 15°, à 1 pour 50 dans l'eau bouillante, à 1 pour 15 dans l'alcool à 90°. Cette substance est absolument inoffensive aux doses auxquelles elle peut être agréable aux diabétiques ; le maximum quotidien pour l'un des malades a été de 0 gr. 75. Sterling a fait faire des pastilles de 0,025 milligr. qui équivalent à 5 grammes de sucre ordinaire. La saveur de la dulcine se rapproche de celle du sucre bien plus que le goût de la saccharine.

ANTISEPSIE EN OBSTÉTRIQUE ET EN GYNÉCOLOGIE.

(Suite.)

Des injections vaginales antiseptiques.

Si, comme je l'ai montré dans un précédent article, la fièvre puerpérale est identique par son origine et par sa nature avec les infections vulgaires des plaies, l'accouchement est lui-même entièrement assimilable à une opération chirurgicale, prévue et réglée, comme toutes les autres.

Pour l'application des préceptes d'antisepsie, il n'y a pas de différence non plus entre un accouchement et une opération.

Mais, si tous les accoucheurs sont d'accord au sujet des mesures générales de prophylaxie de la fièvre puerpérale, il persiste entre eux une cause de divergence.

Le vagin fait partie intégrante du champ opératoire, et, comme il fourmille d'organismes inférieurs, il a paru conforme à la règle, lors de l'introduction de l'antisepsie obstétricale, d'en poursuivre la destruction au moyen d'injections antiseptiques, énergiques et répétées; c'est ce qu'on a appelé l'*accouchement antiseptique;* mais, plus récemment, l'analyse bactériologique et l'observation clinique aidant, cette pratique a paru abusive, et une méthode nouvelle a été préconisée, consacrant l'abstention systématique de la désinfection des organes génitaux internes; c'est ce qu'on a appelé un peu improprement l'*accouchement aseptique.*

A quelle méthode faut-il donner la préférence?

Je vais chercher la solution de cette question capitale, en discutant les indications, les avantages et les inconvénients des injections vaginales antiseptiques.

§ 1. Indications des injections vaginales.

A ce point de vue, je me permettrai de classer les accouchements en trois catégories; quelquefois, mais rarement dans l'espèce humaine,

sauf chez les sauvages — et je suis bien tenté d'écrire ici que ceux-ci n'ont rien à envier sous ce rapport à nos pays civilisés, et que c'est un bonheur pour nos femmes d'accoucher toutes seules, à l'improviste, avant le temps prévu — rarement, dis-je, la femme s'accouche par les seuls efforts de la nature, sans être assistée dans son travail par un homme de l'art; ce sont les accouchements que j'appellerai *spontanés*; d'autres fois, la femme s'accouche par les seuls efforts de la nature, mais en présence d'un homme de l'art qui contrôle et dirige le travail, notamment par le toucher; c'est le cas ordinaire; ce sont les accouchements *normaux;* d'autres fois, enfin, la femme ne s'accouche plus par les seuls efforts de la nature; celle-ci reste impuissante et l'homme de l'art doit lui venir en aide par une intervention, soit manuelle, telle la version, soit instrumentale, tel le forceps; ce sont les *accouchements anormaux*.

Examinons d'abord les indications des injections vaginales antiseptiques dans les accouchements spontanés.

En principe, c'est pour s'opposer à l'auto-infection des accouchées que les injections ont été prescrites; or, s'il est vrai, comme j'en ai acquis la conviction par l'analyse des faits publiés, qu'il n'existe pas normalement dans le vagin de microbes pathogènes, du moins virulents, que la mortalité des accouchées dépend exclusivement des infections apportées du dehors, qu'en un mot l'auto-infection grave n'existe pas, les injections vaginales sont sans objet et doivent être proscrites.

Sans aller chercher des arguments chez les sauvages, auxquels je faisais allusion tantôt, ou dans la série animale, chez les mammifères dont le part s'effectue communément sans le secours de l'art, et où l'infection est à peu près inconnue, je m'en réfère à mon article précédent et entre autres à la statistique si convaincante de Léopold : 919 accouchements pratiqués sans injections vaginales et sans toucher : mortalité nulle, morbidité : 1.3 p. c.

Je n'insisterai plus sur ce sujet; à moins de refuser tout crédit aux recherches bactériologiques et aux faits cliniques, il faut admettre que, *dans les accouchements spontanés les injections vaginales sont inutiles*.

Malheureusement, ce n'est pas ainsi que les choses se passent ordinairement dans la pratique : avant d'être délivrées, les femmes sont

soumises d'habitude à une série d'explorations manuelles, quelquefois instrumentales, qui, en dépit des précautions prises, risquent fort d'apporter dans les voies génitales des microbes pathogènes. En tuant sur place ou en entraînant ceux-ci au dehors peu de temps après leur introduction, les injections ne réussiront-elles pas à prévenir les plus graves complications?

Consultons les faits.

Léopold a rassemblé 1,369 accouchements naturels, effectués à la Maternité de Dresde, en 1889 et en 1890, chez des femmes qui avaient été touchées, mais n'avaient pas reçu d'injections vaginales; la morbidité fut de 0.88 p. c. la mortalité de 0.07 p. c., une femme étant morte d'infection; il a rassemblé ensuite 3,400 accouchements également naturels, effectués à la même Maternité de 1886 à 1889, les femmes ayant été touchées et ayant reçu des injections vaginales; or, il a enregistré une morbidité de 1.47 p. c., et une mortalité de 0.2 p. c., c'est-à-dire que les injections vaginales, même quand le toucher est pratiqué, loin d'empêcher l'infection, ont paru au contraire en augmenter légèrement la fréquence et la gravité.

Il est facile d'opposer, comme le fait Tarnier, aux statistiques de Léopold, d'autres statistiques : ainsi, Frommel, ayant abandonné la désinfection vaginale, vit la morbidité passer de 6.5 p. c. à 11.1 p. c. et la mortalité s'accroître sensiblement; Steffeck et Küstner, grâce à l'emploi des injections antiseptiques, virent la morbidité s'abaisser respectivement de 10.4 p. c. à 6.5, et de 17.24 p. c. à 15.68, mais il est bon de faire observer que les statistiques réunies de ces trois derniers cliniciens ne comprennent pas même le tiers des cas rassemblés par Léopold (1,583 d'une part, 4,679 d'autre part).

Il est néanmoins étrange de rencontrer des assertions aussi contradictoires à propos d'un fait d'une observation aussi simple, mais peut-être aussi la contradiction n'est-elle qu'apparente.

En comparant les statistiques produites de part et d'autre, je trouve les unes — celles qui proclament l'inutilité des injections — accusant des chiffres extrêmement réduits de morbidité et de mortalité, les autres — précisément celles qui sont en faveur des injections — accusant une morbidité cinq à six fois plus considérable et une mortalité également plus élevée; ces différences n'ont d'autre origine assuré-

ment que les conditions diverses dans lesquelles le toucher a été pratiqué.

Il est facile de comprendre que, si le toucher n'introduit dans le vagin que très peu de germes nuisibles, les injections n'ont guère chance de les atteindre et ainsi sont sans influence sur l'évolution ultérieure des couches ; tandis que, si le toucher dépose de nombreux germes étrangers dans le vagin, les injections ont grande chance d'en atteindre au moins une partie et réduisent ainsi d'autant les dangers d'infection.

Il est donc permis de dire que, *dans les accouchements normaux, les injections vaginales sont inutiles, lorsque les règles de l'asepsie du toucher sont rigoureusement observées.*

Pour nous ranger à l'opinion courante, nous devrions admettre que les injections vaginales sont indispensables, lorsque l'accouchement réclame une intervention opératoire, manuelle ou instrumentale.

Il semble effectivement qu'en pareil cas les causes de contamination des organes génitaux internes par des germes apportés du dehors sont tellement nombreuses et tellement importantes que les injections soient l'inévitable moyen de salut.

D'après les expériences de Walthard, il faudrait redouter alors aussi les microbes normaux du vagin.

Cet auteur, en examinant les sécrétions vaginales de cent femmes pendant la grossesse ou pendant la période puerpérale, trouva, en proportion plus grande que les autres expérimentateurs, des microorganismes pathogènes : des staphylocoques, des gonocoques, des colibacilles, des streptocoques, ces derniers particulièrement intéressants en l'espèce, chez vingt-sept d'entre elles ; mais, en conformité avec les autres expérimentateurs, il constata que ces streptocoques étaient dépourvus de toute virulence ; en effet, isolés des sécrétions vaginales et inoculés à des lapins, ils ne provoquaient chez ces animaux aucun phénomène local ni général ; ils poussaient fort bien sur le liquide amniotique et les lochies ; les cultures sur liquide amniotique ne présentaient pas traces de virulence, celles sur lochies devenaient très légèrement virulentes sans jamais acquérir le degré de virulence des streptocoques venant des cas d'infection puerpérale.

Mais si, au lieu d'inoculer les streptocoques vaginaux à des animaux bien portants, on traumatisait préalablement les tissus ou on provo-

quait une simple stase sanguine, les microorganismes proliféraient, acquéraient rapidement une virulence extrême et donnaient lieu à une septicémie aiguë par envahissement du sang et des organes.

De ses recherches, Walthard concluait que, si les streptocoques vaginaux ne sont pas virulents et se comportent à la façon des saprophytes envers les tissus sains, ils peuvent devenir parasites quand la résistance des tissus diminue. La virulence qu'ils atteignent dans ces conditions pourrait égaler celle des streptocoques de la fièvre puerpérale.

La désinfection rigoureuse du vagin lui paraissait ainsi formellement indiquée dans les accouchements anormaux, où le traumatisme des tissus vaginaux et utérins est considérable.

Le d[r] Léopold, d'après qui, comme nous l'avons vu, les injections vaginales ou utérines sont plus nuisibles qn'utiles dans les accouchements normaux chez les femmes saines, leur attribue de son côté la propriété d'éloigner les complications fébriles des couches dans les accouchements anormaux ; tel n'est pas l'avis du d[r] Mermann.

Dans son service, sur 300 accouchements, aucune des femmes ne fut soumise à la désinfection interne ni avant l'accouchement ni après, et cependant on fut obligé de terminer l'accouchement 3 fois par le forceps, 1 fois par la perforation, 6 fois par la version, 10 fois par l'extraction du siège et 8 fois par l'accouchement prématuré artificiel ; outre cela, il y eut des procidences du cordon, des présentations du front, de la face, des placentas prœvia, des délivrances artificielles, des accouchements avec fœtus morts et macérés et de la rétention des membranes ; or, sur ces 300 accouchements, pas de cas de mort, pas un seul cas d'infection grave.

Mermann est même arrivé à réunir une statistique extraordinairement brillante de 1,200 accouchements avec 2 morts seulement, et encore dues non pas à l'infection, mais l'une à la rupture utérine et l'autre à la tuberculose ; quant à la morbidité, de 5 à 7 p. c., elle fut attribuée pour la plus grande part à la désinfection insuffisante du personnel préposé aux soins des malades.

Il est donc légitime de conclure que *dans les accouchements anormaux, les injections vaginales ne sont même pas indispensables, si les manœuvres sont faites aseptiquement.*

§ II. Avantages des injections.

Supposons pour un moment que tous les microbes du vagin, non-seulement appartiennent à des espèces pathogènes, mais soient doués d'une virulence excessive et que la désinfection de l'organe soit par conséquent nettement indiquée ; nous allons voir que les injections sont incapables de la procurer d'une manière satisfaisante.

Les chirurgiens savent combien l'asepsie de la peau réclame déjà de précautions et combien souvent elle reste, malgré tout, imparfaite ; or, les muqueuses se trouvent dans une situation bien plus défavorable que la peau sous ce rapport : les microbes y rencontrent des conditions de température, d'humidité et de matériaux nutritifs plus avantageuses à leur développement, et, non contents de proliférer à l'infini dans les sécrétions de la surface, ils s'insinuent dans l'épaisseur de la membrane entre les cellules de l'épithélium ou par les orifices des glandes.

En outre, les muqueuses n'offrent pas, comme la peau, une surface partout accessible, unie et régulière et ne peuvent au surplus, à cause de la fragilité de leur tissu et de leur sensibilité, être soumises sans dommage au brossage brutal au savon, à l'alcool et au sublimé.

Il est à présumer, d'après ces considérations, que la stérilisation des cavités muqueuses est irréalisable.

A propos du cathétérisme vésical, j'ai insisté sur le peu d'efficacité des procédés d'asepsie du canal de l'urèthre, et cependant ce canal représente un cylindre presque régulier et à surface unie. Combien différente la muqueuse vaginale, trop lâche, plissée sur elle-même, surtout à l'époque de l'accouchement, avec ses parties perdues dans les culs-de-sac, ou barrées par le col ! Puis il y a d'autres endroits plus inaccessibles encore qu'il faudrait aussi désinfecter, le museau de tanche et la cavité cervicale !

Aussi les résultats qui suivent, obtenus par Steffeck, n'ont pas lieu de surprendre.

Trois femmes reçoivent une injection vaginale d'un litre de solution chaude de sublimé à 1 p. 3000 ; avant l'injection, le mucus recueilli avait développé chez elles 90, 120 et 80 colonies microbiennes ; après l'injection, le nombre en est de 76, de 120 et de 40 respectivement, soit un bénéfice en l'espèce assez négligeable.

L'auteur recourt aux injections répétées à courts intervalles. Deux femmes reçoivent toutes les 2 heures une injection de sublimé à 1 p. 3000; peu de temps après la 4e injection, l'effet obtenu est à peu près nul; il n'est pas meilleur encore, si les injections sont répétées toutes les heures ou si le titre de la solution de sublimé est plus élevé.

Steffeck conclut à l'impossibilité de réaliser une asepsie vaginale même passable par les simples injections.

Pour renforcer l'action de l'injection, il se met à frotter à l'aide d'un doigt les parois vaginales pendant que s'écoule le liquide : les résultats ne s'améliorent guère.

Il emploie la même manœuvre, mais à l'aide de deux doigts, l'index et le médius, écartés l'un de l'autre, de façon à déplisser la muqueuse; cette fois, le résultat est excellent : les colonies qui auparavant atteignaient le chiffre de 55, 84, 103 et 60 sont ramenées à 5, 8, 0 et 0 respectivement.

Ce n'est cependant pas encore la perfection, ce qu'il attribue au défaut de l'asepsie de la cavité cervicale, et finalement il arrive à préconiser comme le seul irréprochable le procédé suivant de désinfection vaginale : pendant que le liquide s'écoule, introduire un doigt dans le col aussi haut que possible et un autre doigt dans le cul-de-sac antérieur du vagin, frotter à la fois la paroi antérieure du canal cervical et le cul-de-sac antérieur du vagin, puis changer la disposition des doigts, celui qui est dans le vagin passant dans le col et celui qui était dans le col se logeant dans le cul-de-sac postérieur, frotter à leur tour la paroi postérieure du canal cervical et le cul-de-sac postérieur !

Se basant sur ces expériences, le dr Auvard a imaginé, pour faciliter la manœuvre, deux dispositifs spéciaux, l'un consistant en un anneau en caoutchouc qui se posait à l'indicateur et auquel était adapté l'extrémité du tube irrigateur, l'autre en une canule irrigatrice en métal, terminée par une série d'arêtes mousses qui faisaient l'office d'un balai pour frotter les parois vaginales; ni l'un ni l'autre n'ont trouvé des partisans.

Toujours est-il que, de l'avis de ceux-là même qui, comme Steffeck, Auvard, Tarnier, ont le plus de confiance dans la désinfection du vagin, il faut pour la réaliser, non-seulement en *irriguer*, mais en *frotter toute* la surface; se contenter, d'introduire, par la vulve à

peine entrouverte, un bout de canule à l'entrée du vagin pour y pousser le liquide, est une pratique inutile, dérisoire.

Seulement, avec de pareilles exigences, l'asepsie du vagin — sans dire qu'elle est pénible pour la patiente — devient une manœuvre délicate, difficile, qui ne pourra guère être confiée qu'à un homme de l'art. Et encore, c'est un vrai travail de Sisyphe que celui-ci aura entrepris !

Consultons de nouveau les tableaux de Steffeck :

Chez trois femmes dont le mucus vaginal avait été rendu stérile par la manœuvre indiquée plus haut, les colonies microbiennes reparaissaient déjà une heure après, au nombre de 1, de 18, de 4, respectivement, pour s'élever à 4, 34 et 12 trois heures après.

Pour maintenir le vagin stérile, il faudrait donc revenir à tout instant à la désinfection ; toutefois, l'auteur prétend qu'après avoir fait un premier lavage avec frictions, il suffirait de faire une injection simple toutes les deux heures, mais il n'a poursuivi l'expérience que pendant 8 heures.

L'opinion de l'auteur est en contradiction du reste avec toutes les observations qui ont montré l'impossibilité absolue de stériliser une cavité muqueuse, même pour un temps aussi court que possible : les organismes, cachés dans la profondeur de la muqueuse ou nichés dans les conduits glandulaires, échappent à l'action des solutions microbicides, et viennent à tout instant réinfecter la surface.

En résumé, *les injections ne peuvent procurer d'une façon durable ni une asepsie absolue, ni même une asepsie suffisante du vagin.*

Une désinfection relative peut être obtenue assurément, les frictions combinées aux lavages antiseptiques entraînant en dehors ou même tuant sur place un certain nombre de germes ; or, quoi qu'on ait dit, il n'est pas indifférent qu'il y ait peu ou beaucoup de microbes en présence, les chances d'infection étant jusqu'à un certain point proportionnelles au nombre de germes en présence.

Dans la supposition que j'ai faite en tête de ce chapitre, que tous les microbes vaginaux sont pathogènes et virulents, il y aurait donc une utilité réelle à faire des injections avec ou sans frictions et à les répéter le plus souvent possible, si cette désinfection à outrance n'entraînait par elle-même des dangers, comme nous allons voir.

§ III. Inconvénients des injections.

Le principal reproche qu'on puisse faire aux injections, c'est d'exposer à la pénétration dans les organes génitaux internes de germes infectieux du dehors.

Pour éviter cet écueil, il y a un véritable luxe de précautions à prendre : le liquide injecté, l'irrigateur qui le renferme, la canule qui est introduite, le doigt qui la guide, la vulve qu'il faut entrouvrir doivent être d'une asepsie irréprochable.

Ce n'est pas trop demander dans un service bien dirigé, et d'une personne consciencieuse, mais que voyons-nous en réalité la plupart du temps? Pour ne pas parler du liquide, dont l'asepsie est telle quelle, et de l'irrigateur dont les parois intérieures au moins sont censées être propres, la canule traîne dans l'intervalle des injections sur une table, sur la cheminée, sur la fenêtre ou à terre; on ne prend pas la peine de désinfecter ses doigts — car à quoi bon, semble-t-il, puisque le liquide antiseptique va tantôt les baigner abondamment; — puis, les doigts armés de la canule, si ce ne sont pas eux qui écartent les vêtements, heurtent la peau des cuisses ou de l'abdomen, tâtonnent longuement à l'entrée de la vulve.

Ce sont là des pratiques repréhensibles, dira-t-on; je l'admets, mais il faut prendre les choses et les gens comme ils sont, et non comme ils devraient être, et, d'après ce que je sais, d'après ce que j'ai vu, je pose en fait l'impossibilité de faire des injections vaginales irréprochables dans les conditions ordinaires de la pratique privée.

Or, qu'arrive-t-il lorsqu'on néglige ou — je serai généreux — lorsqu'on oublie l'une quelconque des précautions exigées? L'injection apporte dans le vagin, dans le col béant, dans la matrice, si elle est vide, des microbes qui, à l'inverse des bactéries normales du vagin, ont des chances d'être pathogènes et virulents, et en voulant, envers et contre tout, soustraire la parturiente à un danger fictif, on lui aura apporté un danger réel et redoutable.

Les injections — que d'aucuns voudraient répéter toutes les heures ou toutes les deux heures — *les injections sont une occasion incessante d'infection;* ainsi s'explique le fait, signalé dans plusieurs statistiques, que la mortalité et la morbidité des accouchées injectées sont plus élevées que celles des non-injectées.

Nous ne devons pas même espérer que les microbes malfaisants ainsi déposés vont être rendus inoffensifs grâce au pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales.

Krönig a fait les expériences suivantes : des femmes enceintes, au nombre de trente, furent infectées dans le vagin avec des microbes pathogènes divers, puis, une heure après, soumises à une injection vaginale de deux litres d'une solution de lysol; or, les sécrétions ne redevinrent stériles qu'au bout de dix-neuf à trente-six heures en moyenne, c'est-à-dire bien plus longtemps qu'après l'introduction des mêmes microbes dans le vagin, sans injection ultérieure; dans ce dernier cas en effet, la disparition du staphylocoque a lieu au bout de 11 à 14 heures, celle du streptocoque au bout de 6 heures en moyenne.

Il résulte de ces expériences que *les injections antiseptiques détruisent les propriétés bactéricides des sécrétions vaginales,* soit en altérant la muqueuse sécrétante, soit en entraînant au dehors les nombreux leucocytes, qui sont dans le vagin l'instrument salutaire de la lutte contre les microbes étrangers ; prescrites en vue de corriger les effets d'un toucher maladroit, les injections seraient donc plus nuisibles qu'utiles.

Un dernier danger des injections découle de l'action toxique sur l'économie des antiseptiques introduits dans les voies génitales ; bien que le vagin intact ait un pouvoir d'absorption très réduit, des accidents mortels ont pu intervenir à la suite d'injections simplement vaginales : ils ont été attribués surtout à la stagnation dans le cul-de-sac postérieur d'une certaine quantité du liquide injecté, livré ainsi à une absorption lente, mais sûre.

En analysant 16 observations d'intoxications mortelles par le sublimé, Garrigues a trouvé que 14 fois la mort était survenue à la suite d'injections intra-utérines et vaginales combinées; les deux autres fois, à la suite d'injections vaginales seulement.

Les injections intra-utérines sont donc surtout redoutables : l'utérus dépouillé de sa muqueuse, la plaie placentaire parsemée de veines béantes résorbent avec une grande puissance ; puis, pour peu que la matrice soit inerte, une masse liquide notable peut y être retenue après l'injection ; puis encore, le liquide, projeté avec force, risque de s'engouffrer dans les trompes béantes et de s'épancher dans la cavité

péritonéale dont le pouvoir absorbant est si considérable et si rapide.

La possibilité de cette pénétration a été niée pendant longtemps; elle ne peut plus l'être à présent, étant appuyée notamment sur des protocoles d'autopsie.

Récemment, Döderlein a même fait quelques expériences en vue de savoir si un liquide, injecté dans l'utérus avec les précautions habituelles, pouvait se frayer un chemin à travers les trompes jusque dans la cavité péritonéale.

Il a choisi six utérus qui devaient être extirpés et, immédiatement avant l'opération, il y a injecté quelques grammes d'une solution médicamenteuse, préalablement stérilisée ; or, il retrouva chez deux opérées la substance employée dans le Douglas, le cul-de-sac antérieur et le péritoine en grande quantité ; chez les quatre autres, le liquide avait pénétré dans les trompes jusqu'au pavillon seulement, mais aussi dans trois de ces cas les trompes étaient oblitérées par l'inflammation.

L'absorption du sublimé est d'ailleurs fréquente et une intoxication légère sans symptôme saillant, mais non toujours anodine, se produirait régulièrement ; sur 16 femmes accouchées soumises aux injections utérines et vaginales avec cette substance et qui pourtant ne présentaient aucun accident, Keller, de Berne, a pu déceler 11 fois la présence du mercure dans l'urine et 9 fois la présence simultanée d'albumine.

Le nombre des cas de mort, qui ont été publiés, occasionnés par les injections de sublimé chez les accouchées est assez considérable : combien d'autres ont été soigneusement cachés, combien encore ont été méconnus !

Je l'ai dit ailleurs déjà : l'empoisonnement par le sublimé a les allures d'une septicémie ; aussi, *rien ne ressemble mieux à une fièvre puerpérale qu'une intoxication grave par le sublimé chez une accouchée;* si la confusion se fait, la malheureuse est fatalement perdue, car, plus son état général devient mauvais, plus les injections sont pratiquées fréquentes, nombreuses et concentrées.

Les praticiens ne sauraient être trop mis en garde contre cette erreur d'appréciation ; si l'intoxication par le sublimé est diagnostiquée à ses premiers symptômes, la malade pourra parfois être sauvée, grâce à la suppression immédiate des injections.

Il ne faudrait pas s'imaginer toutefois que la mort ait toujours été le fait d'injections répétées, intempestives ou trop concentrées : une seule injection intra-utérine de sublimé à faible dose, comme chez une accouchée de Tarnier, a pu l'occasionner.

Pour supprimer le danger résultant de la stagnation de la solution toxique dans l'utérus ou le vagin, il a été conseillé de faire suivre l'injection antiseptique de l'injection d'un liquide indifférent, telle que la solution boriquée ou l'eau salée ; cette précaution n'a pas toujours été suffisante ; témoin encore l'observation recueillie par Tarnier.

Quant à trouver, comme Tarnier se flatte d'y avoir réuussi, un liquide tout à la fois inoffensif et doué d'une grande puissance microbicide, c'est chose impossible ; tous les antiseptiques actifs sont des poisons, et, des nombreuses substances qui ont été proposées pour les injections chez les accouchées, la plupart ont été l'une après l'autre abandonnées ; les unes, comme l'acide phénique, parce qu'elles étaient trop dangereuses, les autres, comme le sulfate de cuivre, le permanganate de potasse, la créoline, comme insuffisamment actives ; de même qu'en chirurgie, le sublimé reste à peu près seul en usage, comme plus sûr et plus maniable que les autres, sans être plus dangereux ; or, à la dose qui, d'après Tarnier, représente la concentration minimum pour être efficace, 1 p. 5000, il a occasionné des accidents mortels.

D'aucuns ont conseillé d'abandonner toute solution antiseptique et de pratiquer les injections vaginales ou utérines avec de l'eau aseptique tout simplement ; les injections n'ont plus ainsi qu'une action mécanique et serviraient à entraîner au dehors, en même temps que les microbes pathogènes, les caillots, les débris de caduque, etc.

Le d^r^ Lancry a rapporté, en 1889, un total de 173 accouchements, naturels ou avec intervention opératoire, pratiqués sans donner lieu à un seul décès, alors que les injections avaient été pratiquées avec de l'eau aseptique ; cette statistique pourra servir, comme tant d'autres que j'ai produites, à prouver que les injections antiseptiques ne sont pas indispensables, mais il faudrait se garder d'en déduire l'utilité des injections aseptiques, car celles-ci restent passibles des autres reproches adressés aux injections en général.

En somme, le bilan des injections antiseptiques chez les accouchées

est désastreux ; elles ont à leur passif incontestablement tous les cas de morts par intoxication, tandis que leur actif n'a qu'une valeur hypothétique.

Tarnier s'est livré dans son livre, pour proclamer la valeur du sublimé, à une argumentation que je me permets de critiquer. Dans les services dirigés par lui, il calcule que 15,000 femmes environ ont été régulièrement injectées avec le sublimé et que sur ce nombre deux sont mortes par empoisonnement mercuriel; remontant ensuite à la mortalité des accouchées dans les mêmes services avant l'emploi du sublimé, il calcule que le sublimé a sauvé la vie à 150 femmes :

« Le sublimé est donc précieux, conclut-il, et il faudrait bien se garder de l'abandonner, puisqu'il est plus utile qu'il n'est nuisible, dans la proportion de 150 à 2. »

Mais Tarnier n'avait pas le droit de compter à l'actif du sublimé toutes les accouchées sauvées depuis l'application de l'antisepsie; la diminution de la mortalité a résulté de l'application de tout un ensemble de mesures — que j'étudierai en exposant dans un prochain article, la technique de l'accouchement antiseptique — particulièrement des conditions meilleures dans lesquelles se pratique le toucher.

Il me suffira, pour renverser l'argumentation de Tarnier, de rappeler que, sans le sublimé, sans les injections vaginales ou utérines, Léopold, Mermann et bien d'autres sont arrivés à un taux de mortalité chez les accouchées inférieur même à celui auquel est arrivé Tarnier avec les injections de sublimé.

La cause me paraît suffisamment entendue et les injections vaginales ou utérines, au moins dans les accouchements normaux, condamnées sans appel comme inutiles, comme inefficaces et comme dangereuses.

D[r] DANDOIS.

DU RÉGIME DES TUBERCULEUX.

Le prof. Grancher, dont nous avons déjà exposé les idées sur l'alimentation des phtisiques, termine son étude sur ce sujet en s'occupant dans le *Bulletin médical* du régime de ces malades. « Il ne suf-

fit pas, dit-il, de connaître quels sont les meilleurs aliments, ceux qui apportent à l'organisme un maximum de force sous un petit volume et avec un faible effort de digestion et d'assimilation; il faut encore savoir composer un *régime*, c'est-à-dire grouper ces aliments en repas coordonnés, de façon à utiliser le mieux possible, pour la nutrition, tout le temps qui n'est pas consacré au sommeil. Employer les heures du jour à de bons repas, à de bonnes digestions, et celles de la nuit à un bon sommeil, bien réparateur, tel est le programme que doit remplir un tuberculeux — quel qu'il soit — s'il veut guérir.

Pour son exposé, l'auteur prend comme exemple un adulte de 30 ans arrivé au deuxième degré classique de la phtisie, au ramollissement de ses tubercules, et dans l'état suivant : un des sommets donne à l'examen : matité, expiration soufflante et craquements humides; l'autre est un peu moins atteint. Les crachats contiennent des bacilles. Fièvre vespérale, 38° à 38°5; appétit médiocre; digestions passables; sommeil assez bon, mais avec quelques réveils et quelques sueurs; amaigrissement de 8 ou 10 kilogr. sur le poids ordinaire. Évolution assez lente; début deux ans auparavant.

Le prof. Grancher recommande de s'enquérir tout d'abord si les médicaments prescrits : créosote, huile de foie de morue, arsenic, antipyrétiques, etc., n'ont pas été plus nuisibles qu'utiles, en fatiguant l'estomac; souvent après cet examen, il y aura lieu de supprimer tout médicament; les mêmes recherches en ce qui concerne l'alimentation conduiront souvent à la conviction que le malade, loin de se suralimenter, comme il le croit de bonne foi, se nourrit fort mal, tout en prenant beaucoup d'aliments, beaucoup trop même. Il digère mal successivement tous ses repas et vit ainsi, inconsciemment, en état de mauvaise digestion habituelle qui aboutit à la dénutrition et à la fièvre.

L'auteur énumère à cet égard les principales fautes d'alimentation commises habituellement.

En premier lieu *beaucoup de phtisiques abusent des boissons en mangeant*, et ralentissent ainsi leur digestion. Ce n'est pas deux ou trois grands verres de liquide que doivent absorber ces malades, comme ils le font d'ordinaire, *mais un seul* et c'est encore trop, surtout si on permet une tasse de café après le déjeuner. Mieux vaut rester en deçà qu'aller au delà, et il leur dit volontiers : moins vous boirez en mangeant et mieux cela vaudra. Quelques-uns se contentent, sur son conseil, d'un verre à Bordeaux d'eau et de vin blanc, ou même d'un verre à Madère bu par petites gorgées au cours du repas. En quelques jours, l'accoutumance est faite, et, chose curieuse, la soif dont se plaignent si souvent ces malades disparaît avec l'abus

des boissons et même, si on leur permet de boire un peu deux ou trois heures après le repas, ils n'ent font rien, n'en éprouvant pas le besoin.

Ce simple fait de la suppression ou diminution considérable des boissons améliore très rapidement et accélère l'acte digestif, et l'auteur a vu bien des malades surpris de l'influence immédiatement bienfaisante de ce régime sec.

En second lieu, souvent aussi, *les phtisiques abusent du vin rouge*; aussi la diminution des boissons est-elle surtout utile quand on y ajoute la suppression du vin rouge, que tant de malades croient être un aliment de force et, à ce titre, absorbent en grande quantité. Il faut insister et leur faire comprendre que l'excitation momentanée d'une boisson alcoolique n'est pas une force nouvelle, mais au contraire, et que seuls préparent la guérison les aliments qui se fixent dans les tissus, sans irriter, sans fatiguer l'estomac et sans exciter le système nerveux, qui n'est déjà que trop excitable.

L'eau pure ou mélangée d'un peu de vin blanc est, pour l'auteur, la meilleure boisson pour un phtisique. Il permet cependant quelquefois la bière ou le cidre, ou toute autre boisson non fermentée : le lait, le thé, si le malade en a l'expérience et affirme qu'il les supporte bien, mais toujours avec cette condition expresse que le liquide, quel qu'il soit, sera pris en très petite quantité.

Le prof. Grancher conseille aussi de *supprimer impitoyablement les desserts* : gâteaux, fruits, confitures; il ne permet que les fruits cuits au four, au naturel, sans beurre ni sucre, et encore à titre d'exception. Nul ne saurait dire combien les choses du dessert, mélanges de matières grasses et de matières sucrées, souvent conservées trop longtemps, sont nuisibles à un estomac délicat et troublent *le travail utile* de la digestion.

L'auteur fait la guerre aussi aux aliments gras, contrairement à la thérapeutique classique qui ordonne aux tuberculeux de manger beaucoup de graisses : huile de morue, beurre, fromages, lard frit, etc... Si ces substances étaient bien digérées, soit, et il se conformerait quelquefois à la règle; mais, presque toujours, elles le sont fort mal et le lait même, en boisson aux repas, ou pris isolément, doit être dégraissé, s'il est trop riche en beurre; sinon, il est mal toléré. La seule matière grasse vraiment assimilable sans fatigue est *le jaune* d'œuf dont on ne peut abuser, et qui, associé au lait et au sucre (ce dernier en petite quantité), permet de compléter le repas par un entremets excellent, qu'on peut varier à volonté. Pour lui, les matières hydrocarbonées contenues dans les céréales, les féculents, les pâtes d'Italie bien cuites suffisent, avec l'albumine de la viande et les œufs, à toute l'alimentation d'un phtisique et il ne permet les corps gras qu'excep-

tionnellement, et s'il est sûr, absolument sûr, qu'ils sont bien tolérés !...

Il n'est pas d'avis de poursuivre l'*engraissement* du phtisique auquel il trouve des inconvénients sérieux; l'obésité provoque en effet, selon lui, et entretient surtout un état congestif passif des bronches et du poumon qui se traduit par des poussées de râles abondants et fins, autour des foyers tuberculeux, ou loin d'eux, aux bases, en arrière surtout. La dyspnée continue ou intermittente, la dilatation cardiaque et les troubles vasculaires périphériques sont les conséquences accoutumées de ces œdèmes ou congestions pulmonaires dont la surcharge adipeuse du cœur est la cause première.

A elle seule, et en dehors de toute tare tuberculeuse, l'obésité suffit à déterminer une forme particulière de bronchite diffuse à type congestif, avec ou sans accès d'asthme, bronchite tenace qui résiste à tous les agents thérapeutiques, à toutes les médications, sauf au régime spécial qui convient aux obèses et les ramène au poids normal.

Ce n'est pas que l'auteur n'ait vu l'huile de foie de morue, l'aliment-médicament type, comme il l'appelle, produire de très bons résultats. Mais, outre que la dose efficace minima pour un adulte est de 8 à 10 cuillères à soupe qui sont rarement bien supportées, l'huile de morue et ses dérivés agissent surtout sur les formes torpides de la tuberculose, sur les scrofules ganglionnaires ou osseuses particulièrement, et sur les enfants.

Mais il a vu bien plus souvent l'huile de foie de morue inutile ou nuisible; inutile, parce que la dose bien tolérée : une ou deux cuillères à soupe, ne sert à rien ou à peu près; nuisible, parce que cette même dose ou, *a fortiori*, une dose plus haute, mal digérée, trouble et détraque l'estomac au grand dommage du malade.

Le professeur Grancher termine en exposant la façon de régler les repas des phtisiques.

Le petit déjeuner du matin, écrit-il, est rarement ce qu'il doit être pour un de ces malades. Ou il est trop léger, trop peu substantiel (c'est une petite tasse de thé ou de lait, parce que le malade se lève sans appétit), ou, au contraire, il est trop abondant, trop copieux.

Il recommande de le faire substantiel dans un petit volume; il donne la préférence aux œufs crus ou peu cuits. Deux œufs, sans pain, et une petite tasse de café, de café au lait ou de thé, voilà ce qu'il choisit; ou encore un peu de viande froide, jambon ou poulet. Si ce repas est fait à huit heures, cela suffit et le malade attend ainsi le deuxième déjeuner, vers 11 h. 1/2, ou midi.

Si la nuit a été bonne et que l'alimentation peut être commencée à 7 heures du matin par le petit repas indiqué, on pourra à 10 heures

ajouter un second repas composé d'une cuiller à soupe de la *pulpe de viande* — dont nous avons autrefois indiqué la préparation — dans une tasse de bouillon froid.

Le phtisique doit en résumé arriver à l'heure du principal repas, dispos et en appétit; c'est ce qu'il est facile d'obtenir s'il n'y a pas de fièvre; et pour l'auteur, le meilleur guide pour le repas de midi, c'est l'état pyrétique ou non de l'après-midi; il lui est arrivé souvent, dit-il de voir tomber en quelques jours la fièvre vespérale en associant le repos absolu au lit et une diète relative à midi.

Faut-il nourrir en somme quand même et suralimenter les tuberculeux fébricitants ? ou vaut-il mieux les mettre à la diète, et quelle diète alors leur convient ? Il est de règle, quand un tuberculeux a une fièvre durable, par exemple 37°5, 37°6 le matin et 38°5 le soir, de diminuer sa nourriture, et, de fait, quand on croit pouvoir attribuer à une digestion ou à une série de digestions laborieuses une part ou la totalité de l'élévation thermique, mieux vaut commencer en essayant la diète pendant quelques jours. Il s'agit d'une diète qui ne fatiguera plus l'estomac et le laissera se reposer sans débiliter le malade. Volontiers on prescrira, quand on voudra donner un *régime d'épreuve et de repos*, toutes les trois heures, une alimentation composée ainsi : à 7 heures du matin une petite tasse de lait, à 10 heures un œuf, à 1 heure une cuiller de pulpe de viande dans un peu de bouillon, à 4 heures une tasse de lait, à 7 heures une deuxième cuiller de pulpe de viande, à 10 heures un œuf. Le tout sans pain et sans aucune addition de quoi que ce soit.

Sauf dans les cas où la maladie est très avancée on a pris une forme infectieuse, ou encore, quand l'estomac est ruiné entièrement, la fièvre ne tarde pas à diminuer, et, peu à peu, à disparaître. Quelquesfois même l'appétit, à mesure que la fièvre s'éloigne, se relève vivement. Il convient alors de reprendre progressivement, le thermomètre en main, la suralimentation et d'atteindre, aussi vite que possible, la double ration que le prof. Grancher demande pour le tuberculeux : ration d'entretien et ration de guérison.

Toutefois, si malgré ce régime ou cette diète d'épreuve la fièvre persiste, que faut-il faire ? Maintenir cette diète ? Mais on risque de laisser le malade s'affaiblir et devenir une proie sans défense à l'infection bacillaire. Essayer d'une diète encore plus sévère ? Mais le danger, en cas d'échec, est encore aggravé, et le malade, que rien ne soutient, fond à vue d'œil.

Il ne faudra donc se résigner à diminuer l'alimentation que si on y est forcé par le dégoût invincible du malade, par la fièvre croissante, ou par les vomissements. Mieux vaut, quand le régime d'épreuve et

de repos a échoué, reprendre l'alimentation et la pousser autant qu'on le peut. Certes, on ne réussira pas toujours, mais on réussira quelquefois à triompher même de la fièvre et par surcroît de la tuberculose. C'est après tout, au point où on suppose que le malade est arrivé, le seul espoir de salut qui lui reste.

Voyons maintenant comment il faut poursuivre l'alimentation, si le tuberculeux n'a pas de fièvre et se sent un peu d'appétit après son ou ses deux petits repas du matin; il faut alors renforcer le repas du midi. J'outre le repas ordinaire, composé d'œufs ou de poisson, d'un ou deux plats de viande et d'un plat de légumes, le tuberculeux doit, *en supplément*, prendre au cours de chaque repas une cuiller à soupe de viande pulpée.

Le repas de midi est-il bien et vite digéré, le malade s'en rend compte à ce signe que vers quatre heures un petit goûter est pris avec plaisir. Ce sera le plus souvent une tasse de lait. Mais, pour peu que ce repas supplémentaire répugne, ne pas insister. Mieux vaut attendre l'heure du dernier repas et commencer celui-ci après une digestion complète du repas de midi, car il s'agit non seulement de se nourrir, mais aussi de se préparer une bonne nuit de sommeil. Or, celle-ci est gouvernée, sans doute, par les digestions de tous les repas de la journée, mais surtout par celle du repas du soir.

Dans ce but, ce repas sera surveillé rigoureusement; on écartera toutes les viandes faisandées, tous les plats à sauce, etc., et, outre le choix sévère des aliments, le tuberculeux mangera relativement peu : pas de potage, un plat de viande, du poulet rôti de préférence, un plat de légumes féculents et une cuiller de pulpe de viande.

En somme, la suralimentation n'agit que lentement et indirectement. Au grand étonnement du malade, les lésions pulmonaires ne rétrocèdent pas immédiatement, il s'en faut; et déjà, depuis longtemps, l'embonpoint et le poids normal ont reparu sans que la *guérison locale* ait fait un pas. D'ordinaire même le médecin assiste pendant les premiers mois à ce paradoxe thérapeutique : ***l'état général s'améliore et l'état local s'aggrave !***

Ce n'est que longtemps après le retour des forces que les lésions pulmonaires s'arrêtent d'abord, puis restent stationnaires, et enfin rétrocèdent lentement.

Rien ne démontre mieux la prépondérance, de la nutrition dans la victoire de l'organisme sur le bacille tuberculeux. L.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Dans une leçon publiée par la *Tribune médicale*, le prof. Hutinel passe en revue les principales médications de la fièvre typhoïde.

Traitement antiseptique. Après avoir rejeté l'usage de l'iodoforme, du naphtol, du salicylate de bismuth, de l'acide phénique, salol, acide chlorhydrique, M. Hutinel déclare que le *meilleur antiseptique intestinal est le purgatif*. Celui-ci doit être administré au début de la fièvre typhoïde, avant que les plaques de Peyer ne soient ulcérées, c'est-à-dire pendant les deux premiers septenaires : chez l'enfant on emploiera le *calomel*, chez l'adulte les *purgatifs salins* : ils sont contre indiqués en cas de vomissements ou de douleurs abdominales vives.

Les *grands lavements* d'eau bouillie à 26°-28° auront aussi l'avantage de produire une évacuation de gros intestin, et par réflexe, de l'intestin grêle, en même temps qu'ils feront absorber du liquide au malade. On donnera un ou deux litres de *lait* au malade : c'est un aliment d'une digestion facile, et de plus il est diurétique ; on fera boire en même temps au malade de *l'eau* additionnée de jus de citron ou d'orange, de vin, de café, etc. ; un troisième émonctoire ne doit pas être négligé, la peau, on fera des *frictions* et des *lotions*.

Traitement antithermique. Il peut être réalisé par les agents chimiques et par les agents physiques.

Parmi les médicaments antithermiques, la *quinine* réunit tous les avantages : la nature du sel importe peu, mais la façon de l'administrer, la dose à employer ont une certaine importance. On peut la donner de deux façons : à dose élevée répétée après un intervalle assez long : 2 à 3 grammes en deux fois tous les deux ou trois jours ou à petite dose : 50 centigrammes à 1 gramme en plusieurs fois ; l'auteur donne la préférence à cette dernière méthode.

L'acide salicylique, les salicylates, l'antipyrine doivent être abandonnés.

La méthode de Brand est le type de la médication réfrigérante par agents physiques. La formule est la suivante : Donner *un bain froid* à 18°, d'une durée de douze à quinze minutes, chaque fois que la température rectale, prise toutes les trois heures, marque 39°.

Le bain froid a des contre-indications nombreuses, telles que les hémorrhagies, la crainte des perforations intestinales, les cardiopathies, les lésions pleuro-pulmonaires.

Les *régles hygiéniques* seront les mêmes dans tous les cas : hygiène de la chambre, du lit, soins de propreté concernant le malade lui-même et les objets qui le touchent ; l'alimentation au lait, bouil-

lon, boissons, eau bouillie sucrée et additionnée de jus de citron ou de cognac, de vin.

Certains symptômes peuvent exiger une intervention particulière.

Diarrhée. La diarrhée peut devenir profuse, quinze à vingt selles par jour, le facies devient cholérique; dans ces cas ne pas donner d'opium, mais du *bismuth*, de la limonade lactique au 1/100 et du képhir si l'on peut : mettre de la *glace* ou des *compresses froides* sur le ventre.

Vomissements. Contre les vomissements tenaces, employer les *boissons glacées*, la glace, la *potion de Rivière*, la *glace sur le ventre*, faire des *pulvérisations de chlorure de méthyle* à la région hypogastrique. Pas de vésicatoire. Donner de l'*eau chloroformée*, du *menthol ;* faire au besoin des *lavages de l'estomac* et alimenter le malade par la voie rectale.

Hémorrhagies intestinales. Contre les hémorrhagies intestinales du début, peu graves, immobilité, boissons glacées, glace intus et extra. Les hémorrhagies, à partir du troisième septénaire seront traitées de la même façon, mais on y ajoutera des injections sous-cutanées de *morphine* à la dose de 4 ou 5 milligrammes que l'on répétera au besoin.

Symptômes nerveux. Le délire, l'agitation, l'insomnie seront combattus par le *bain froid* et les *applications froides sur la tête*, sans contre-indication formelle, les convulsions par le *bromure de potassium.* En cas de prostration marchant vers le coma, on stimulera le malade par des frictions, des piqûres de *caféine*, d'*éther*, de *sérum artificiel*, d'*huile camphrée :* le *drap mouillé* réussit mieux que le bain froid.

Les *complications pulmonaires*, sous forme de simple *bronchite* ou de *congestion pulmonaire* sont modifiées heureusement par le *bain froid ;* en cas de complications pulmonaires contre-indiquant les bains froids, on aura recours aux *ventouses sèches*, aux *injections de caféine* ou d'*huile camphrée.*

Les *complications cardiaques* constituent une contre-indication formelle des bains froids.

On s'adressera aux *toniques du cœur* et on surveillera étroitement le malade. S'il survenait une syncope, on mettra le malade la tête en bas, on lui fera des injections excitantes (éther, huile camphrée) et on donnera des boissons stimulantes et un lavement de café. L.

TRAITEMENT DE L'ASTHME PAR LE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE.

Le sérum antidiphtérique a été appliquée avec plus ou moins de bonheur — car son efficacité n'est pas encore démontrée — au traite-

ment de l'ozène, bien que cette affection ne paraisse avoir rien de commun avec la diphtérie.

Le prof. Revilliod, de Genève, vient de prôner l'application, bien inattendue assurément, du même sérum au traitement de l'asthme.

Cherchant à légitimer cette médication par des considérations théoriques, il explique que l'accès d'asthme joue le rôle d'un émonctoire gazeux et sert de moyen de défense à l'organisme, par conséquent que toute médication est indiquée qui s'adresse à l'arbre bronchique, et, comme la médication iodurée, joue, pour ainsi dire, le rôle d'une soupape qui ouvre les portes de sortie et ferme les portes d'entrée. Il fut ainsi amené par la logique à essayer le sérum antidiphtérique, puisqu'il facilite la chute des fausses membranes et s'oppose à leur extension, ce qui revient à dire qu'il établit, à la surface de la muqueuse, un courant de dedans en dehors, favorisant ainsi un travail d'exosmose nécessaire à la guérison.

Quoi qu'il en soit de ces vues théoriques, les faits semblent affirmer l'action heureuse du sérum antidiphtérique dans l'asthme,

Le premier malade traité ainsi était atteint d'un asthme datant de six ans, et allant toujours en s'aggravant, malgré les traitements les plus variés. L'amélioration se dessina dès la première injection et se manifesta après chaque injection subséquente. Au bout de dix injections faites dans l'espace de cinq mois, la guérison était complète, et elle se maintient.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme de quarante ans, chez laquelle l'affection datait de sept mois; elle fut guérie à la suite de trois injections faites dans l'espace de dix jours.

La troisième observation est celle d'un homme de trente-six ans, atteint d'un asthme dont le début, lent et progressif, remontait à huit mois quand le malade vint voir M. Revilliod. Depuis six semaines se montraient de violents paroxysmes. La guérison fut complète après six injections faites dans l'espace de deux mois; elle ne s'est pas démentie depuis un an.

Quatre autres asthmatiques ont été soumis au traitement; ils ont été seulement améliorés et sont retombés dans leurs accès, les injections ayant été arrêtées.

Il n'a été fait usage que du sérum de Roux.

Les injections doivent être renouvelées un nombre de fois variable selon les cas, mais suffisant pour soutenir leur action eupnéique. Cette action n'est d'abord que passagère, mais à mesure que le nombre des injections augmente, elle devient plus durable et permet d'éloigner les injections jusqu'à ce qu'on puisse finalement les cesser tout à fait.

Les résultats publiés par l'auteur sont trop extraordinaires, nous dirons même trop merveilleux, pour n'avoir pas besoin d'être controlés.

L.

PROCÉDÉS HYDROTHÉRAPIQUES DANS LA NEURASTHÉNIE.

L'hydrothérapie est toujours indiquée dans la neurasthénie, qu'il y ait des signes d'asthénie ou des phénomènes d'éréthisme ; mais tous les procédés ne conviennent pas, les excitations violentes et les soustractions de calorique trop prononcées étant en général mal supportées ; les procédés les plus doux que le dr Lyon expose dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, d'après le traité de Proust et Gilbert, sont préférables ; et parmi eux, il faut citer les lotions, l'enveloppement dans le drap mouillé et la douche froide mobile en jet brisé.

La manière de pratiquer les *lotions froides* est bien connue.

Drap mouillé. L'enveloppement dans le drap mouillé peut être prescrit sans danger dans toutes les formes de la neurasthénie.

On se sert d'un drap très dur que l'on trempe dans l'eau de 20° à 25° et que l'on tord fortement. Quand le drap est préparé, on le déploie et on le jette rapidement sur les épaules et le dos du patient (qui se tient debout), en ayant soin de ramener les bords en avant sur la poitrine, l'abdomen et les membres. Aussitôt on pratique avec la main appliquée sur le drap mouillé, des frictions régulières sur toute l'étendue du tégument, pendant une ou deux minutes ; cela fait et le drap étant enlevé, on essuie rapidement le malade avec un autre drap sec et légèrement chauffé, en le frictionnant de nouveau méthodiquement.

Il s'habille ensuite et marche de façon à favoriser la réaction, ou, s'il est trop faible, il se met au lit pendant une heure et la réaction ne tarde pas à se produire. Les jours suivants, on peut abaisser progressivement la température de l'eau jusqu'à 15° ou 16°.

Si le malade ne supporte pas d'emblée les frictions au drap mouillé et tordu, on se contentera d'envelopper le malade dans un drap trempé dans l'eau froide, mais non tordu, pendant une à deux minutes et à le frictionner ensuite légèrement avec un drap sec.

Douches froides. La douche froide mobile, en jet brisé, est beaucoup plus active que l'enveloppement. Le jet brisé doit atteindre d'abord les pieds et les mollets, la surface postérieure du corps, mais en ayant soin de ménager la nuque et la tête. Puis, le malade se retourne et on asperge les parties antérieures. On termine en dirigeant

le jet, sans le briser, sur les pieds pendant quelques secondes. La durée de la douche doit être très courte, elle ne doit pas dépasser trente secondes, et si l'eau est très froide (d'une température inférieure à 10°), six ou huit secondes suffiront.

Les pratiques hydrothérapiques doivent être continuées pendant une période de temps suffisamment prolongée. Un, deux et trois mois sont généralement nécessaires.

Chez les malades qui redoutent la douche froide, il faut procéder par entraînement. On peut tâter la sensibilité du patient en se servant d'emblée de la douche froide, mais la durée devra en être courte (deux à cinq secondes au plus). L'épreuve faite, on aura recours, pour acclimater les sujets que l'eau froide impressionne par trop vivement, soit à la douche chaude ou tiède, dont on abaissera progressivement le degré, soit à la douche écossaise.

Douche tiède. La douche tiède ou tempérée est passible de quelques reproches : avec elle, la réaction vasculaire est à peu près nulle, les malades n'ont aucune tendance à se réchauffer; ils ont du frisson et l'effet obtenu n'est pas favorable; la *douche fraîche* (18° à 25°) a à peu près les mêmes inconvénients.

Douche écossaise. La douche écossaise est un excellent mode de préparation à l'eau froide. Elle consiste à donner tout d'abord une douche chaude d'une température de 36° ou 37°, qu'on élève progressivement et assez rapidement à 40° ou 45°. A ce maximum de thermalité, la douche chaude est continuée pendant trente secondes, une minute, deux minutes au plus et brusquement, sans transition, on abaisse la température de l'eau à 8° ou 10°; la durée de la douche froide ne devra pas excéder dix à quinze secondes.

Il est des neurasthéniques qui, quelle que soit la méthode d'entraînement employée, ne peuvent supporter l'action de la douche. Chez ceux-là on aura recours, à titre de traitement définitif, aux lotions, aux enveloppements avec le drap mouillé, et ou bien encore au *bain tempéré* (à 28° ou 32°). Dans ce bain, le malade doit éprouver une sensation de fraîcheur agréable, mais n'allant pas jusqu'au frisson. Il y séjournera de deux à cinq minutes.

Le *bain tiède* à 33°-36° a des effets surtout sédatifs; il modère l'activité du cœur, l'excitabilité des centres nerveux et facilite le sommeil. La durée doit être de trente à quarante minutes. Pour favoriser la calorification de la peau, il faut faire, après chaque bain, des frictions énergiques et un enveloppement suffisant.

La *douche chaude* à 33°-36° exerce la même action sédative que le bain chaud, mais elle a sur lui l'avantage d'être moins débilitante. Elle doit être administrée lentement en pluie mobile, avec une durée de trois à dix minutes.

Après la douche comme après le bain, le malade sera frictionné énergiquement et enveloppé soigneusement dans un peignoir chaud.

La douche écossaise pourra être utilisée avantageusement dans le traitement des neurasthénies arthritiques.

A certains symptômes prédominants ou fondamentaux des états neurasthéniques sont applicables divers procédés hydrothérapiques.

Contre la *céphalée* et les *vertiges* la douche froide est indiquée ; mais il faut avoir soin de ne diriger le jet que sur les membres inférieurs et la moitié inférieure du tronc. Dans ces cas il faut soigneusement éviter de toucher la nuque et la partie supérieure du dos.

En effet, les applications d'eau froide sur cette région provoquent ou aggravent les vertiges chez les neurasthéniqces qui y sont sujets.

Aux malades atteints d'*insomnie* persistante, il faut prescrire la douche chaude ou le bain tiède à 30°, de courte durée, auquel on associe des affusions plus froides sur la tête. On peut encore employer le maillot humide : sur deux couvertures de laine étendues sur un lit on place un drap que l'on vient de tordre après l'avoir trempé dans de l'eau à 10°.

Le malade se place sur le drap dans lequel on l'enveloppe, après avoir été aspergé rapidement de quelques gouttes d'eau froide. On laisse le malade ainsi enveloppé pendant dix à vingt minutes. Le maillot humide doit être appliqué le soir.

Contre l'*atonie gastro-intestinale* on pourra prescrire la douche abdominale en éventail, la douche dorso-lombaire, la douche alternative localisée sur l'abdomen, d'une durée de deux minutes (Bouveret), ou bien encore la ceinture hypogastrique mouillée. Cette ceinture consiste en une bande de toile large de 20 à 35 centimètres et assez longue pour faire trois fois le tour du corps. Le premier circulaire seul est mouillé, les deux autres tiers de la pièce de toile sont secs et recouvrent exactement le premier. On enroule par-dessus une bande de flanelle. La durée de l'application varie de quinze à trente minutes.

La *rachialgie*, les douleurs précordiales sont généralement calmées par les douches chaudes ou écossaises localisées. L.

DES NÉVROSES TRAUMATIQUES.

Dans un opuscule récent, traduit par M. le d[r] Loncin, Strümpell s'est occupé de ce groupe de malades par suite d'accident, chez lesquels l'intensité des plaintes subjectives est en opposition évidente avec l'insignifiance, voire même le plus souvent avec l'absence complète de symptômes pathologiques objectivement démontrables. L'appréciation

de ces cas offre parfois les plus grandes difficultés au médecin; l'auteur a eu l'occasion de rassembler de nombreux documents sur la matière et il a résumé à la fin de son travail ses idées à ce sujet dans les propositions suivantes :

1. La désignation de « névrose traumatique » au sens actuel, ne peut plus s'employer comme représentant une affection spéciale. Les états morbides appelés « névroses traumatiques » doivent être mis sur le même rang que l'hypochondrie, la neurasthénie, l'hystérie, la manie des plaignants, etc. Ce sont des maladies d'origine psychique, c'est-à-dire provoquées par des états conscients primaires, et dans lesquelles l'action mécanique du traumatisme ne joue elle-même aucun rôle.

2. Il n'est pas absolument certain, bien que probable, qu'une commotion cérébrale ou spinale grave puisse donner naissance à une « névrose traumatique » véritable, dans le sens d'une lésion matérielle chronique qui en serait la conséquence. Dans tous les cas ce ne sera qu'à titre exceptionnel.

3. Les signes qu'on a donnés jusqu'ici comme « symptômes objectifs » des névroses traumatiques ne méritent pas cette qualification d'une façon rigoureuse. Ces symptômes sont également sous la dépendance de la conscience du malade.

4. Il est facile d'établir théoriquement une distinction entre les névroses d'origine psychique d'une part, la simulation et l'exagération préméditée d'autre part. Il en est tout autrement dans le domaine de la pratique, car les conceptions les plus variées se combinent chez le patient. Aussi, le plus souvent le jugement du cas reposera sur l'impression d'ensemble de l'état psychique. On se gardera, en présence de l'inconstance des symptômes pris isolément, de conclure péremptoirement à la simulation.

5. Il est de la plus haute importance pratique d'étouffer si possible les « névroses traumatiques » encore en germe. La prophylaxie de ces états morbides peut se vanter de plus beaux résultats que leur traitement.

6. Il est du devoir essentiel du médecin dans toute névrose traumatique de mettre tout en œuvre pour que le patient se réhabitue insensiblement au travail. On se gardera bien d'encourager l'indolence et le manque d'énergie du plus grand nombre de ces malades par l'appât d'indemnités trop considérables. L.

UNE CONCEPTION NOUVELLE DE LA SCROFULE.

Le Dr Gallois, dans un rapport à la Société de thérapeutique, vient d'exposer nettement une théorie pathogénique nouvelle, à peine ébauchée jusqu'à présent, de la scrofule.

Cette théorie — que nous sommes disposé pour notre part à accepter dans ses grandes lignes — consacre une fois de plus l'importance sans cesse grandissante, même en pathologie générale, des affections du nez et du naso-pharynx.

Nous rappellerons combien on a eu de peine dans le passé à caractériser le lymphatisme et la scrofule, et combien, malgré les lumières apportées dans ces derniers temps par l'anatomie pathologique et la bactériologie, ces affections restent encore enveloppées d'obscurités.

Ce sont ces obscurités que l'auteur a précisément eu pour objet de dissiper dans son travail.

Et d'abord, se demande-t-il, qu'appelle-t-on *lymphatisme?* Une définition rigoureuse ne saurait être donnée, car on ne peut faire entrer dans cette définition un stigmate indéniable, un signe caractéristique capable de servir de critérium : les lymphatiques, dit on, sont mal développés, peu résistants, sujets à de nombreuses misères; surtout ils sont pâles, anémiques, mais, chez l'enfant comme chez l'adulte, l'anémie peut dépendre de causes diverses. En général, on considère actuellement le lymphatisme comme un degré inférieur de scrofule, comme une prédisposition à la scrofule.

Qu'est-ce donc que la *scrofule?* Ici encore il est malaisé d'arriver à une définition précise, car non seulement on varie d'opinions sur la pathogénie. mais on n'est même pas d'accord sur la délimitation clinique du sujet.

Primitivement, le mot scrofule voulait dire simplement engorgement ganglionnaire cervical chronique : les scrofules, adénites chroniques, étaient opposées aux bubons, adénites aiguës; c'était l'idée qu'Hippocrate se faisait des scrofules.

En 1780, Lalouette, ayant remarqué l'association fréquente des adénites cervicales chroniques avec des lésions cutanées, telles que l'impétigo, considéra ces diverses manifestations comme les expressions symptomatiques d'une cause supérieure, d'un état diathésique, la scrofule.

Au commencement du siècle, Bazin, remarquant la même coexistence de l'adénite cervicale chronique avec la tuberculose pulmonaire, avec les tumeurs blanches, avec les ostéites, se dit également que toutes ces affections étaient de même nature, et les regarda comme des manifestations diverses de la diathèse scrofule.

La scrofule avait pris, dès lors, au point de vue clinique, une extension considérable; aussi occupait-elle une large place dans le cadre nosographique.

A l'heure actuelle, la scrofule est bien déchue de son antique splendeur; non seulement on a éliminé ce qui était méprise inévitable

à l'époque (syphilis héréditaire, cancers ganglionnaires, lymphadénome, actinomycose...), mais on a tendance à démembrer et à décrire à part chacun des accidents que les anciens médecins rattachaient à la scrofule (adénites cervicales chroniques — tuberculeuses ou non — impétigo, eczéma chronique des lèvres, du nez, des oreilles, conjonctivites chroniques et blépharites...)

Est-ce à dire qu'il ne reste plus rien de l'antique scrofule ? En aucune façon. Si le mot scrofule ne peut plus désigner une maladie nettement individualisée, il doit rester comme titre d'un chapitre de pathologie générale, car il représente un enchaînement de phénomènes tellement net, tellement fréquent et tellement important pour le pronostic qu'il est indispensable de le connaître. On dira toujours qu'on a affaire à un scrofuleux quand on suivra l'évolution morbide d'un enfant pâle, anémique, mal développé, peu résistant, au facies spécial dit strumeux, remarquablement prédisposé aux infections cutanées et muqueuses de la face, présentant ensuite, pour des causes insignifiantes, des engorgements persistants des ganglions du cou, finalement menacé de tuberculose. Personne ne songe à nier la réalité et la fréquence de cette série d'étapes successives parcourues par beaucoup d'enfants : lymphatisme, scrofule, tuberculose.

Quelle serait la cause première de tous ces accidents ?

Comme ne la trouve ni dans les constatations anatomiques, ni dans l'existence d'un agent pathogène univoque, on la rejette d'ordinaire dans le cadre des troubles de nutrition, sans préciser, du reste, en quoi consistent ces troubles nutritifs; c'est faire une hypothèse vague.

Or, cette cause qui ainsi semblait échapper jusqu'à présent, le dr Gallois est d'avis qu'il faut la chercher dans l'état anatomique du naso-pharynx.

Depuis la découverte des végétations adénoïdes, les cliniciens ont observé que, bien souvent, chez les scrofuleux, le pharynx est occupé par des végétations, et ils considèrent celles-ci comme un des éléments du tableau symptomatique complexe en présence duquel ils se trouvent. D'après M. Gallois, cet élément doit être mis au premier plan; il est la caractéristique de l'état scrofuleux; il n'en est pas un symptôme, il en est la cause même; en propres termes, *les végétations adénoïdes seraient la condition matérielle de la scrofule*.

Là où les anciens voyaient une diathèse, un trouble humoral, il faudrait voir une lésion anatomique.

Voilà la thèse, la théorie nouvelle édifiée; quelles en sont les assises ?

La scrofule et les végétations adénoïdes ont effectivement de nombreux points communs; chez les scrofuleux comme chez les adénoï-

diens, l'hérédité est d'ordinaire en cause et manifeste ses effets de cinq à quinze ans de préférence; chez les uns comme chez les autres, les ganglions du cou sont engorgés, le facies présente un type spécial caractéristique, le teint est pâle, l'état de l'arrière-gorge est identique. Les accidents de la scrofule ont un lien de causalité évident avec les adénoïdes; ne sait-on pas depuis longtemps que les otites sont une complication des végétations pharyngées ? L'impetigo, maladie contagieuse microbienne, peut, sans doute, se développer chez des sujets non adénoïdiens, mais chez ceux-ci il s'explique facilement par l'écoulement du mucus nasal amenant des excoriations qui s'infectent volontiers. La conjonctive peut également, chez les adénoïdiens, être contagionnée par les doigts chargés du pus nasal ou par une ascension de microbes par le canal lacrymal; rien de plus simple, dès lors, que de comprendre pourquoi les conjonctivites sont particulièrement graves et tenaces chez les scrofuleux, la cause étant permanente, l'infection se renouvelle incessamment et sa gravité depend de sa chronicité. L'érysipèle récidivant des scrofuleux a son origine dans les excoriations permanentes du nez, et nous venons de voir que celles-ci sont une conséquence des adénoïdes.

Quant à la tuberculose pulmonaire, fréquente chez les scrofuleux, elle est non moins commune chez les adénoïdiens.

On a dit, d'autre part, que les scrofuleux étaient moins résistants contre les infections en général. Or, M. Gallois a montré que sur une vingtaine d'enfants ayant une néphrite ou une affection cardiaque, tous, à une ou deux exceptions près, avaient des lésions du naso-pharynx, et il est certain que les maladies pyrétiques, grippe, rougeole, scarlatine, de même que la coqueluche, sont généralement plus graves chez les adénoïdiens. La diphtérie, enfin, est particulièrement commune chez les adénoïdiens et elle a habituellement un pronostic sérieux.

Ce rapprochement de la scrofule et des végétations adénoïdes montre à quel point ces affections s'accordent, et de plus les explique et les éclaire. Néanmoins, il serait inexact de dire que les deux descriptions sont identiques ; en effet, dans l'étude classique des adénoïdes, on considère surtout les troubles mécaniques et réflexes causés par les végétations et, d'autre part, les inflammations qui en partent; on laisse de côté, presque toujours, le côté infectieux général et c'est justement celui-ci qui constitue la scrofule. On peut donc dire que la description de la scrofule et celle des adénoïdes représentent deux faces différentes de la même question.

En résumé, les scrofuleux ne sont autres que des adénoïdiens; l'état général de ces malades, considéré autrefois comme diathésique, est secondaire à la lésion locale.

La lésion locale ne suffit pas cependant à tout expliquer, et le dr Gallois expose l'enchaînement morbide qui aboutit à la constitution de la dite diathèse.

Mécaniquement, les végétations adénoïdes obstruent les voies respiratoires et entraînent de l'anoxémie ; par production de mucopus pharyngien, qui est dégluti, elles entraînent des troubles dyspeptiques, nouvelle cause d'anémie : mais il y a plus, elles créent une porte d'entrée facile à l'infection : celle-ci pourra être la tuberculose; elle pourra aussi consister simplement en la pénétration d'un petit nombre de microbes divers, d'où création d'un état septicémique atténué, latent, qui est avec l'anoxémie et la dyspepsie une troisième cause d'anémie. Enfin la porte d'entrée ouverte sans cesse aux nombreux germes qui pullulent dans les fosses nasales, amène un jour ou l'autre l'infection ganglionnaire cervicale; on peut dire que les enfants portant des ganglions strumeux du cou sont presque toujours des adénoïdiens.

Cette assertion comporte sans doute des exceptions; mais certainement — ainsi s'exprime l'auteur — moins d'exceptions que la loi de Bouillaud exprimant les relations du rhumatisme et des cardiopathies.

Quand l'adénite cervicale est constituée, on est en présence de scrofuleux avérés : mais avant que les glandes du cou soient infectées, on observe chez les adénoïdiens un ensemble de troubles morbides (faiblesse générale, pâleur, anémie) qui, avec le facies spécial, représentent précisément les attributs du lymphatisme. Il existe, sans nul doute, un lympatisme adénoïdien, qui est le vrai lymphatisme; à côté de lui se rangent des états analogues, des anémies non adénoïdiennes, reconnaissant des causes variées, au premier rang desquelles figure la dyspepsie.

Il faudra faire naturellement le départ de ces diverses espèces d'anémies ou de lymphatisme.

Les considérations pathogéniques qui viennent d'être exposées doivent être retenues par tous les praticiens; il en découle logiquement une indication thérapeutique importante.

Dans un cas donné de lymphatisme, il faudra s'assurer en premier lieu si l'enfant n'est pas un adénoïdien : si les diverses autres causes d'anémie et de débilitation ont pu être écartées, si l'existence des adénoïdes est probable, il faut vérifier le diagnostie par l'examen local et immédiatement instituer le traitement de l'affection naso-pharyngienne, qui sera avant tout un traitement chirurgical. L.

—

DE L'INFECTION PAR L'AIR.

Le prof. Flügge a repris les recherches classiques sur l'infection par l'air et indique les résultats curieux, en partie inattendus, auxquels il est arrivé, dans un travail dont la *Presse médicale* a donné l'analyse.

I. La première série d'expériences a consisté à étudier les conditions dans lesquelles les microorganismes *se détachent* des surfaces humides ou sèches.

Surfaces humides. Si, à la surface d'une couche de terre ou d'une étoffe infectée et mouillée, on fait passer un courant d'air avec une vitesse modérée, de façon à faire évaporer le liquide, les microorganismes ne sont pas emportés avec l'air. Tant que la terre ou l'étoffe restent même très légèrement mouillée, un courant d'air, dont la vitesse atteint même 60 mètres par seconde, est impuissant à détacher et à emporter les microbes.

Surfaces sèches. Par contre, si la terre ou l'étoffe infectée est complètement desséchée à l'air, un courant d'air d'une vitesse de 5 mètres par seconde peut déjà détacher et emporter les microorganismes qui y ont été déposés. Dans les mêmes conditions, un courant d'air, dont la vitesse a été rapidement augmentée de 50 à 60 mètres par seconde, suffit déjà pour emporter assez loin la fine poussière de terre desséchée avec les microbes qui y adhèrent. Le transport, par l'air, des bactéries qui ont servi à imprégner les vêtemeuts s'effectue plus difficilement et exige, pour se réaliser, que les fibres de l'étoffe soient rendues friables par la dessication ou la chaleur. Si l'étoffe infectée et desséchée est frottée avec un corps dur, il suffit d'un courant d'air d'une vitesse de 5 mètres par seconde pour emporter les bactéries. Si la matière infectante est simplement déposée sur une surface lisse ou rugueuse (verre, bois, étoffe), le transport des bactéries, par l'air, a déjà lieu avec un courant dont la vitesse est inférieure à 1 mètre par seconde.

Dans les conditions ordinaires de la vie, le transport des bactéries avec des poussières desséchées se trouve donc souvent réalisé dans les rues et les champs où les courants d'air ont une grande vitesse, et où, sous l'influence du mouvement et de la trépidation (gens qui marchent, voitures, etc.), les poussières, avec les microbes qui y adhèrent, sont à chaque instant déplacées. Dans les chambres, les courants d'air n'ont jamais la vitesse suffisante pour détacher des objets les microbes qui y adhèrent et pour les emporter. Mais, par contre, diverses conditions de la vie (nettoyage des meubles, brossage des vêtements, nettoyage des parquets, etc.) font que les microbes, qui adhèrent aux

objets et murs de l'appartement, sont mécaniquement détachés et flottent dans l'air. Leur sort ultérieur dépend des dimensions des poussières auxquelles ils adhèrent et de la vitesse des courants d'air qu'ils rencontrent.

II. La seconde partie des expériences a servi à déterminer les conditions dans lesquelles se fait le *transport* des bactéries qui se trouvent dans l'air, avec les poussières auxquelles elles adhèrent ou dans des microscopiques gouttes d'eau ou de liquide dans lesquelles elles se trouvent. Pour ce qui est des bactéries adhérentes à de la poussière très fine, les recherches ont montré qu'elles sont transportées par un courant d'air dont la vitesse ne dépasse pas 1 millimètre par seconde, et que, *dans l'air aussi immobile que possible d'une chambre, elles flottent pendant quatre heures*. Pour les microbes en suspension dans des liquides, le transport par l'air se fait encore quand le courant d'air a une vitesse qui ne dépasse pas 1 millimètre par seconde.

Ce dernier fait, dont l'importance pratique est considérable, a été encore éclairé par les expériences suivantes. Si l'on place dans la bouche une émulsion de bacillus prodigiosus, il suffit de parler un peu fort, et, à plus forte raison, de tousser ou d'éternuer, pour voir des plaques de gélatine, placées à plusieurs mètres de la personne en expérience, se couvrir, au bout de quelque temps, de cultures de ce microbe qui ont été évidemment projetées de la bouche pendant les efforts de toux, etc. D'autres expériences, en voie d'exécution, ont déjà montré que c'est de cette façon que les phtisiques disséminent les bacilles tuberculeux qui se trouvent dans leur bouche. C'est ce mode d'infection par l'air, qui, d'après l'auteur, joue un rôle important dans les pièces habitées par les malades, d'autant plus que, d'après ses recherches faites dans les chambres, on commence à sentir les courants d'air dont la vitesse est de 10 centimètres par seconde, tandis que le transport des bactéries suspendues dans le liquide se fait déjà par les courants d'air dont la vitesse ne dépasse pas 1 millimètre par seconde.

III. L'auteur s'appuie sur les faits rapportés plus haut pour faire la critique de la division classique des maladies en maladies à virus volatile et en maladies à virus fixe.

D'après lui, l'*infection par l'air peut avoir lieu pour toutes les maladies infectieuses;* cette infection aurait lieu surtout par les *bactéries suspendues dans des liquides.*

Il en serait ainsi notamment pour le choléra et la fièvre typhoïde, bien que pour ces affections l'infection par contact (aliment, eau) joue le rôle prépondérant.

Par contre, l'*infection par l'air joue le rôle prépondérant dans les affections de la gorge et de l'appareil respiratoire :* (diphtérie, phti-

sie, coqueluche, pneumonie, influenza, etc.), car ici les microbes se trouvent lancés dans l'air avec la salive ou les crachats quand les malades viennent à parler, tousser ou éternuer. L'infection s'effectue alors par inhalation, et ce mode d'infection est d'une importance capitale, pour les maladies dont les agents pathogènes perdent leur virulence à l'état de dessication. Il joue un rôle important chez les personnes qui se trouvent en contact avec les malades, car des courants d'air, même insensibles, déplacent les bactéries qui, dans ces conditions flottent pendant quatre ou cinq heures dans l'air de la chambre. Dans les rues et les cours, où il existe continuellement un renouvellement des couches d'air, ce mode d'infection n'existe pour ainsi dire pas; mais il reparaît quand il s'agit des rues ou de cours étroites et mal aérées.

L'auteur envisage ensuite l'infection par les *bactéries inhérentes aux poussières;* pour cela il fait une distinction entre la grosse poussière et la poussière fine. Le transport de la première, avec les bactéries qui y adhèrent, exige des courants d'air d'une certaine vitesse, de 1 millimètre par seconde au moins, qu'on ne rencontre ordinairement pas dans les appartements. Quand ils existent, la grosse poussière entraînée ne tarde pas à retomber sur le sol. Le danger de cette poussière est donc momentané, et, par conséquent, minime.

Par contre, la poussière fine, qui est déjà transportable par des courants d'air dont la vitesse ne dépasse pas 1 millimètre par seconde, et qui flotte pendant des heures dans l'air, constitue un danger d'infection en quelque sorte permanent. *La virulence de cette poussière dépend naturellement de la résistance à la dessication des microbes qu'elle transporte.* C'est donc à cette résistance des microbes à la dessication que, d'après l'auteur, se réduit la question de savoir si une maladie est à virus volatile.

Le prof. Flügge signale aussi la possibilité de l'infection par l'air et notamment par les bactéries contenues dans les liquides, dans les *opérations* antiseptiquement pratiquées. Ces bactéries proviennent, d'après lui, de la bouche et du nez de l'opérateur, de ses assistants, des personnes qui assistent à l'opération, et, enfin, du malade lui-même, qui respire mal sous le chloroforme. Nous dirons ici que c'est pour éviter cette cause d'infection que certains chirurgiens en Allemagne opèrent maintenant la figure couverte d'un voile.

Le mouvement qui existe dans toute salle d'opérations a pour résultat aussi de déterminer des courants d'air qui disséminent les microbes et les déposent parfois à la surface des plaies.

L.

—

L'ÉRYSIMUM DANS LE TRAITEMENT DES LARYNGITES.

Tout le monde connaît cette plante excessivement commune en notre pays, désignée sous le nom populaire caractéristique d'*herbeau chantre*, ou de velar ; c'est l'érysimum ou encore le sysimbrium officinale.

Les propriétés thérapeutiques très spéciales, contre l'enrouement et la laryngite en général, de cette plante, viennent d'être remises en honneur.

Le dr Hermary rapporte, dans la *Presse médicale*, que dans une vingtaine de cas de laryngite aiguë, avec enrouement et plusieurs fois même avec aphonie presque complète, il a été surpris de la constance, de la rapidité de ses effets, non seulement sur le timbre de la voix, qui recouvrait sa clarté au bout de seize à vingt-quatre heures en moyenne, mais aussi sur l'état inflammatoire de la muqueuse laryngée. La douleur a chaque fois cédé rapidement.

Dans ces faits, le traitement a amené dans les vingt-quatre heures la guérison de la laryngite. Les malades avaient pris en trois fois, espacées dans la journée, 60 grammes de sirop d'érysimum dans trois tasses à café d'infusion chaude de 30 grammes de feuilles d'érysimum. C'est le mode d'administration du médicament, qui a paru le meilleur. L'infusion de feuilles représente la partie la plus active de la médication.

Le sirop simple d'érysimum comprend une partie de feuilles pour 12 d'eau bouillante et 24 de sucre, le sirop d'érysimum composé une proportion de feuilles plus forte.

On se trouvera également bien de l'emploi de ce médicament dans la laryngite chronique simple. Il paraît, là encore, l'emporter sur les autres traitements, bien qu'il n'agisse pas ici aussi vite que dans les cas aigus. Le traitement demande à être continué de huit à quinze jours.

L'auteur termine en disant que, par la régularité et la rapidité de son action, sa non toxicité, l'érysimum est préférable à l'aconit et à l'aconitine dans les laryngites catarrhales aiguës ou chroniques. Sous son influence, on voit disparaître en peu de temps les phénomènes fonctionnels, douleur, toux, enrouement, raucité, aphonie, dépendant de ces affections ou de la fatigue des cordes vocales. Dans les cas très rebelles, on aura avantage à associer ces deux médicaments.

L.

HÉMOSTASE PAR LA GÉLATINE.

Un article du dr Carnot dans la *Presse médicale* attire l'attention sur les propriétés coagulantes de la gélatine, découvertes par Dastre et Floresco.

Le titre de la solution à employer est compris entre 5 et 10 p. c., la solution a lieu dans l'eau simple ou l'eau renfermant 6 p. m. de chlorure sodique et est soumise à la stérilisation, la solution à 5 p. c. a été employée avec plein succès contre les épistaxis graves ou à répétition en injection par la narine qui saignait à la quantité de 30 à 40 centimètres cubes ; il vaut mieux employer la solution tiède.

La technique sera la même pour toute hémorrhagie se produisant dans une cavité facilement accessible : telles les hémorrhagies consécutives à l'ablation d'une dent, à l'extirpation des amygdales, etc.

Pour les plaies cutanées et, en particulier, pour celles de la main et des doigts, l'auteur a très fréquemment employé les solutions de gélatine. On imbibe simplement la plaie avec quelques gouttes de la solution rendue stérile, ou on maintient quelques instants sur la plaie, un tampon imprégné de la même solution. Il en est de même des hémorrhagies consécutives aux ruptures de varices, etc.

Les hémorrhagies venant du rectum (hémorroïdes, néoplasmes) sont justiciables du même traitement (lavement d'eau gélatinée à 5 p. c,). Par contre, celles de l'estomac et du tube digestif supérieur ne le sont pas ; car la gélatine est aussitôt transformée par le suc gastrique.

Dans les cas de métrorrhagies, la technique est un peu plus compliquée, car la nécessité du contact direct de l'eau gélatinée avec le vaisseau qui saigne exige que l'injection soit intra-utérine.

L'auteur a pleinement réussi dans un cas de métrorrhagie grave par fibrome.

Enfin il a employé plusieurs fois avec avantage l'eau gélatinée comme hémostatique chirurgical, en place du pincement des vaisseaux : il suffit, au cours de l'opération, de maintenir quelques secondes, sur les surfaces de section qui saignent, des tampons imbibés de gélatine à la température du corps.

La gélatine, à l'inverse d'autres hémostatiques, aurait l'avantage de produire un caillot qui s'organise rapidement et de faciliter, au lieu d'entraver, la réunion par première intention. L.

DOULEURS CONSÉCUTIVES A L'AVULSION DES DENTS.

L'extraction des dents est parfois suivie de douleurs très vives, plus ou moins persistantes et rebelles. Pour les calmer on a proposé un assez grand nombre de moyens, qui sont passés en revue dans le *Bulletin médical.*

L'inhalation, pendant trois ou quatre secondes, des vapeurs de deux gouttes de *nitrite d'amyle*, suivie de repos absolu pendant cinq minutes, produit une acalmie parfois durable.

Fletcher a préconisé un mélange qui constitue à la fois un excellent styptique et un sédatif ; il se prépare en dissolvant de la colo-

phane jusqu'à saturation dans 15 grammes de chloroforme et en y ajoutant 10 gouttes d'acide phénique.

Le plus souvent on introduit dans l'alvéole une boulette de coton préalablement imbibée de mixtures diverses : *chloroforme* et teinture de pyrèthre ou chloroforme et *teinture d'aconit*, en parties égales.

Les dentistes américains emploient souvent le mélange suivant :

Chloroforme	
Alcool	ââ 30 gr.
Teinture d'aconit	
Morphine	0 gr. 40

Souvent la douleur est calmée par des applications chaudes sur la joue ou par des badigeonnages de la gencive au dessus des points douloureux avec un tampon de papier buvard imbibé du mélange :

Menthol cristallisé	0 gr. 35
Teinture d'aconit.	XX gouttes
Chloroforme	7 gr.

Un moyen d'un emploi facile partout consiste à bien débarrasser l'alvéole des caillots sanguins qui l'obstruent au moyen d'un petit morceau d'allumette sur lequel on a enroulé un peu de ouate à pansement et à y seringuer ensuite de l'*eau très chaude*.

L'*acide phénique* est aussi très recommandable ; on en injecte dans l'alvéole une solution chaude 3, 5 p. c. ; si malgré cela, la douleur persiste, on a recours à l'acide pur, en prenant soin de préserver les parties voisines.

On a encore préconisé d'obturer la cavité avec un tampon d'ouate trempé dans ce mélange :

Menthol	4	grammes.
Hydrate de chloral	4	»
Gomme camphrée	2	»
Alcool	30	»

Si la douleur revêt le caractère névralgique, la *phénacétine*, à la dose de 30 à 60 centigr., a donné en général un soulagement très marqué. L.

ODONTALGIE.

Nous venons de voir que l'acide phénique convient très bien pour calmer les douleurs consécutives à l'avulsion des dents; c'est à cette substance également qu'il faut s'adresser de préférence, suivant le dr Dunagier, dans les douleurs de dents dues à la carie; il dispense de tous les autres, la créosote comprise.

Il est facile de masquer le goût et l'odeur désagréable de l'acide phénique en le mélangeant avec l'essence de citron. Quand le méde-

cin applique lui-même le remède, la préparation suivante est la meilleure :

Acide phénique cristallisé } ââ
Essence de citron } 2 grammes.
Alcool à 90° 10 »

Lorsque des mains inexpérimentées doivent faire l'application, elles mettent trop d'acide phénique, la langue, les lèvres ou les gencives peuvent être ainsi légèrement brûlées; on prescrira alors une mixture moins irritante, par exemple :

Acide phénique neigeux } ââ
Alcool }
Essence de citron } 1 gramme.
Alcool de menthe } ââ
Teinture de benjoin du Codex } 10 grammes.

ou encore :

Acide phénique 1 gramme.
Glycérine 20 »

L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 30 *octobre* 1897.

Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du mémoire soumis à l'Académie par M. le dr A. Ver Eecke, assistant à l'Université de Gand, intitulé : *Les lésions du foie et des reins chez les animaux éthyroïdés.* — M. Casse, Rapporteur.

M. Ver Eecke s'est appliqué à déterminer d'une manière plus nette qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, quelles sont les modifications subies par le foie et les reins à partir du moment où l'action toxolytique du corps thyroïde ne s'exerce plus.

En ce qui concerne le foie, les observations de l'auteur peuvent se résumer en quatre points principaux :

1° Congestion des vaisseaux sanguins pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie ;

2° Réplétion des espaces lymphatiques péricapillaires;

3° Atrophie des travées parenchymateuses;

4° Altération régressive du protoplasme, dégénérescence vacuolaire, dégénérescence graisseuse accessoire.

Au sujet du rein, M. Ver Eecke constate que l'hyperémie est la règle dans l'athyroïdie aiguë et chronique; qu'elle est surtout prononcée au niveau des arcades vasculaires et se propage dans les deux substances, mais surtout dans la médullaire, sans présenter jamais de foyers hémorragiques.

Les lésions de l'athyroïdie aiguë et chronique ne sont que deux stades successifs qui dans ce dernier correspond à une dégénérescence gaisseuse des éléments en voie de nécrose.

Il existe là une nécrose des éléments les plus importants, analogue à celle que l'on rencontre dans plusieurs empoisonnements et dans maintes affections donnant naissance à des toxines.

M. Ver Eecke décrit plus complètement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les modifications du foie et des reins à la suite de l'athyroïdie, et contribue ainsi à élucider une question encore obscure, mais d'un grand intérêt au point de vue de la physiologie et de la pathologie.

La Commission propose : D'adresser des remerciements à l'auteur ; — D'imprimer son travail dans le *Bulletin* ; — D'engager l'auteur à continuer ses relations avec l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

Rapport de la Commission sur le mémoire transmis à l'appréciation de l'Académie par M. le d[r] E. Dineur, chargé du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire d'Anvers, portant pour titre : *Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde envisagé au point de vue de sa valeur séméiologiqne.* — M. Rommelaere, Rapporteur.

M. le Rapporteur donne une analyse du mémoire et signale que « l'auteur recherche d'abord si la réaction agglutinante, positive se montre constante dans les cas de fièvre typhoïde. Il en admet la constance; mais nous signalons, dit M. Rommelaere, une réserve très importante à cette proposition ; elle est formulée à la fin du travail et nous apprend que cette réaction agglutinante n'est pas produite par le bacille typhique agissant comme agent d'infection locale. C'est sur un sujet qui avait succombé à une pleurésie purulente, survenue après guérison de la fièvre typhoïde, que M. Dineur nota cette particularité; la réaction agglutinante manquait dans le sang et dans l'exsudat pleural séreux d'un côté, purulent de l'autre, alors que la culture du pus pleural décela en grande abondance du bacille d'Eberth. »

L'auteur examine si le séro-diagnostic ne se rencontre que dans la fièvre typhoïde. Il admet que la réaction agglutinante est observée dans un grand nombre d'affections, mais il conclut, en se basant sur cinquante cinq observations personnelles, qu'il y a lieu, pour l'interprétation du symptôme, d'accorder plus d'importance à l'intensité du phénomène qu'à sa production.

M. Dineur affirme « que la séro-réaction de Widal est, dans l'état actuel de nos connaissances, un signe certain de fièvre typhoïde, lorsqu'elle fournit un résultat positif complet au bout d'une heure et à la dilution d'au moins 1 pour 25. »

M. Rommelaere termine ainsi : « Le mémoire de M. le d[r] Dineur est des plus intéressants, il est bien rédigé, et votre Commission vous propose : D'adresser des remerciements à l'auteur; — De l'engager à continuer ses recherches sur les points spéciaux qu'il a indiqués, et d'imprimer son travail dans le *Bulletin* de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail envoyé à l'Académie par M. le d[r] E. Hertoghe, à Anvers, inti-

tulé : *Nouvelles recherches sur les arrêts de croissance et l'infantilisme*. — M. Vanden Corput, Rapporteur.

Des nombreuses questions qui, dans les dernières années, ont occupé la néoïatrie, l'une des plus intéressantes est celle qui concerne la glande thyroïde. Son étude a fourni non seulement de précieuses lumières à la pathogénie et puissamment éclairé la physiologie, mais elle a fourni à l'organothérapie de nouvelles et utiles applications.

Après le traitement de la cachexie strumiprive et de l'obésité est venue la cure de l'infantilisme par la protéide iodée extraite de la thyroïde.

M. Hertoghe nous fait connaître aujourd'hui le résultat de ses recherches concernant les effets remarquables du suc thyroïdien sur le développement des organes génitaux dans les deux sexes. Cette communication paraît devoir ajouter un chapitre complémentaire à la découverte bien connue de Brown-Séquard. Il est aujourd'hui généralement admis que le principe actif du suc thyroïdien est un élément iodé : l'iodothyrine, et il résulte, entre autres faits, des expériences toutes récentes dont M. de Cyon vient de transmettre les résultats à l'Académie des sciences de Paris (septembre 1897) que, comme nous l'avions déjà énoncé dans notre précédent rapport de l'an dernier, l'iodothyrine se formerait par une sorte de condensation dans la glande thyroïde des molécules d'iode répandues dans tout l'organisme, et que le produit qui en résulte serait destiné à activer le fonctionnement des centres nerveux régulateurs du cœur et de la circulation, par suite aussi, de la nutrition.

Or, nul n'ignore les graves accusations que d'aucuns ont portées contre l'iode, à qui l'on a reproché de produire certaine décadence des organes de l'homme et même du sein des femmes.

Il semblerait donc qu'un composé iodé devrait exercer plutôt une action dénutritive ou altérante du côté des organes sexuels, si nous ne savions, d'un autre côté, que la plupart des éléments métalloïdiques, voire métalliques, perdent leurs propriétés chimiques les plus saillantes lorsqu'ils se trouvent invisqués dans des combinaisons protéiniques.

De plus, il est à noter que la poussée nutritive ou trophogène ne se manifeste guère, comme l'a fait remarquer l'auteur de ces recherches, que chez les jeunes sujets en arrêt de développement. Il n'est donc pas surprenant que, sous l'impulsion du coup de fouet produit par l'introduction de l'agent organothérapique dans l'économie, les organes sur lesquels porte spécialement la fleuraison de la puberté en éprouvent les effets manifestes.

Il resterait à constater si le développement des organes sexuels, spécialement de la verge, ne se produit qu'en raison de celui des autres organes, ou il s'agit, dans l'espèce, d'une hypertrophie de l'organe, auquel cas cette propriété nouvelle de l'iodothyrine pourrait être mise à profit chez quelques éphèbes à qui la gracilité de leurs moyens physiques inspire certaine timidité, laquelle parfois dégénère en cette forme de phobie désignable sous le nom de gamophobie et sur laquelle déjà quelques spécialistes ont appelé l'attention.

Les rapports qui existent entre les corps thyroïdes et les organes

de la génération chez l'homme aussi bien que chez la femme, sont d'ailleurs connus depuis longtemps, et l'on sait que les manifestations sexuelles sont les causes occasionnelles les plus puissantes du goitre exophtalmique.

Les matrones romaines, expertes en ces choses, constataient la fructuosité du coït chez les femmes par la mensuration de la gorge dont le contour et l'aspect — comme l'avait constaté Hippocrate chez l'une de ses filles — peuvent fournir à l'observateur sagace de précieux renseignements bien connus aussi des Orientaux.

La puberté, voire même les périodes menstruelles, ne s'annoncent-elles pas par des modifications extérieures de la région cervico-pectorale aussi marquées que celles de la voix, à laquelle la castration imprime les caractères que l'on sait?

Il était dès lors rationnel de conclure que les injections d'iodothyrine peuvent, comme nous le montre M. Hertoghe, constituer un agent thérapeutique nouveau capable d'exercer une action spécifique sur la macrogénie des organes génitaux et fournir une ressource médicatrice à une nouvelle et assez originale pratique médicale.

M. Hertoghe prouve dans son nouveau mémoire que le développement sexuel est consécutif à l'hypertrophie thyroïdienne physiologique et confirme ainsi le fait, déjà avancé par A. Broca, que, chez le crétin complet, la puberté ne s'établit pas et les fonctions génésiques restent nulles.

L'auteur s'applique en outre à mettre en lumière l'unicité étiologique dysthyroïdienne qui, d'après lui, doit réunir l'infantilisme myxœdémateux et l'infantilisme non myxœdémateux. Il s'appuie pour le prouver sur la coexistence dans la même famille des différents types de l'infantilisme, tels que l'obésité, la chondrodystrophie, le rachitisme et le myxœdème, mais surtout sur les effets thérapeutiques qu'exerce dans ces différentes formes d'infantilisme l'ingestion des produits thyroïdiens.

Nous pourrions borner là, dit M. Vanden Corput, notre tâche de rapporteur. Mais puisque nous voici sur le terrain encore peu exploré qui intéresse certaine glande dont les fonctions avaient été jusqu'en ces derniers temps si étrangement méconnues, il nous sera permis d'émettre, au sujet d'une autre glande plus mystérieuse encore que la thyroïde, quelques considérations personnelles qui peut-être offriront certain intérêt pour la question qui nous occupe.

J'entends parler de la glande pituitaire, laquelle sécrète dans ses vésicules une matière qui, par ses propriétés, se rapproche beaucoup du suc thyroïdien.

Le corps pétuitaire, étudié d'abord, il y a peu d'années, par Peremeschko, paraît, en effet, d'après les expériences récentes de Vassale et Sacchi, contenir une matière dont l'action physiologique serait absolument identique à celle de l'humeur thyroïdienne.

Or, étant donnée cette similitude singulière d'action, et connaissant les troubles graves produits par les altérations de la glande thyroïde dans les fonctions supérieures du cerveau et dans les manifestations de l'intelligence, n'est-on pas en droit de se demander si le corps pituitaire, profondément assis sur la selle turcique à la base du cer-

veau, ne serait pas l'appareil régulateur chargé de dispenser ou de mesurer à ce dernier organe l'incitation psychique?

En d'autres termes, dit M. Vanden Corput, les corps thyroïde et pituitaire ne sont-ils pas, pour le cerveau et la moelle, des organes comparables à ce que sont, du côté de l'autre pôle, les glandes annexes aux organes génitaux?

N'existerait-il pas entre ceux-ci et ceux-là certaines connexités physiologiques encore inconnues, dont la constatation ouvrirait aux chercheurs des horizons nouveaux et pourrait conduire à des résultats d'une portée considérable?

Il est certain qu'il serait aussi désirable qu'utile de connaître exactement les fonctions de cette glande vasculaire jusqu'à présent si peu étudiée et de rechercher quelles sont les relations qui peuvent exister entre son développement ou ses altérations et certains phénomènes extérieurs ou certaines fonctions de l'organisme, voire même avec le développement des facultés intellectuelles.

Une étude comparative du corps pituitaire dans la série des vertébrés fournirait déjà des données précieuses, et, dit le Rapporteur, si je ne craignais de passer pour paradoxal ou d'encourir l'anathème, je serais tenté de dire que c'est plutôt dans cette glande pituitaire, si intimement latente, que Descartes aurait dû placer le siège de l'âme ou de l'entendement, plutôt que dans un organe rudimentaire voisin, la glande pinéale, que l'on a voulu assimiler à un organe visuel atrophié, à une sorte d'œil interne d'un autre monde... celui de quelques obscurs reptiles vivant dans les ténèbres des cavernes profondes de la Carniole, lesquels percevraient par cet organe les impressions du tact qui suppléent à la vue.

Toujours est-il que, quoique bien protégée par sa situation privilégiée qui, seul déjà, dénote une fonction importante, la glande pituitaire très vascularisée dans sa portion antérieure doit être sans aucun doute plus sujette que la glande pinéale à des altérations pathologiques dont il serait d'un grand intérêt de connaître les rapports avec certains troubles généraux ou certaines dispositions mentales observées pendant la vie. Tous ce que nous en savons jusqu'à présent, c'est que la glande pituitaire ou hypophyse est, en général, plus ou moins atrophiée à un âge avancé chez certains sujets.

Les aperçus qui précèdent nous ont paru n'être pas déplacés dans ce rapport, afin de montrer combien d'inconnues existent encore dans les importants problèmes du domaine médical et que de perspectives inattendues peuvent s'ouvrir à l'esprit dans certaines régions encore inexplorées des sciences biologiques.

Aussi devons-nous savoir gré à M. Hertoghe de nous avoir procuré l'occasion d'une petite incursion dans des voies aussi curieuses que nouvelles.

C'est pourquoi votre Commission a l'honneur de proposer à l'Académie :

1° De voter des remerciements à l'auteur;

2° De le placer parmi les premiers entre les candidats au titre de Correspondant;

3° De faire imprimer son travail dans notre *Bulletin*, et

4° D'engager M. Hertoghe à poursuivre les intéressantes recherches qu'il a inaugurées.

— Ces conclusions sont adoptées.

Rapport de la Commission qui a examiné le mémoire de M.W. Dulière. inspecteur des pharmacies, à Namur, intitulé : *L'essence de santal citrin et ses falsifications.* — M.Van Bastelaer, Rapporteur.

L'auteur traite d'abord des falsifications et aborde ensuite les procédés qui permettent de retrouver ces fraudes. Il étudie ensuite les caractères de l'essence pure et ceux des liquides qu'on y mélange. Dans un autre paragraphe, l'auteur se sert de l'étude du santalol, dont le dosage permet le plus souvent d'apprécier la pureté de l'essence, à cause de sa composition spéciale. et après avoir détaillé le procédé le plus convenable pour cette recherche, il en conclut que l'on doit regarder comme pure l'essence qui donne à l'essai systématique 94 p. c. de santalol.

M. Dulière étudie encore plusieurs réactions et termine son mémoire par des conclusions où il formule et précise les caractères et les réactions qui prouvent la pureté du produit.

M.Van Bastelaer estime que ce travail est sérieux et peut rendre de grands services à la pratique pharmaceutique. Les essais et les expériences sont personnels et nouveaux. Les caractères chimiques et physiques sont définitivement établis et les falsifications connues. Celles ci pourront être constatées par des procédés rationnels.

Nous estimons, dit M. le Rapporteur, que le mémoire de M. Dulière mérite d'être imprimé dans le *Bulletin*, et nous demandons à l'Académie de porter son nom sur la liste des candidats au titre de Correspondant.

— Ces conclusions sont adoptées.

Suite de la discussion de la communication de M. Schrevens, intitulée : *Prophylaxie des épidémies de rougeole dans les écoles.*

M. Kuborn donne lecture d'un discours qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Après la disparition de l'exanthème rubéolique, une convalescence qui ne s'établit pas franchement, tandis que persiste de la toux, est de nature à inspirer des appréhensions quant au développement d'une phtisie pulmonaire;

2° Il importe de mettre par toutes les voies les parents en garde contre le préjugé qui leur fait considérer la rougeole comme une affection insignifiante; de les prévenir que, fût-elle des plus bénignes, elle peut devenir redoutable dans ses conséquences; que celles-ci le sont au plus haut degré chez les enfants des familles qui auraient eu des membres atteints de tuberculose;

3° En Belgique, d'après nos calculs, sur 1,000 décés de rougeole, 274 se présentent à l'âge de moins de 1 an; 689 de 1 à 7 ans. Les instituteurs, les chefs d'écoles gardiennes auront donc à surveiller les enfants qui rentreront en classe après une attaque de rougeole. Cette considération vient, avec tant d'autres, militer en faveur d'une organisation officielle, tant de fois, depuis si longtemps et de partout réclamée, de l'inspection médicale scolaire.

— M. Schrevens revient sur la démonstration des principes sur lesquels il appuie les mesures qu'il a présentées comme pouvant empêcher le développement des épidémies de rougeole dans les écoles ; il se défend d'avoir été trop absolu, trop précis en fixant à onxe jours la durée de la période d'incubation de la rougeole et prouve par des faits qu'un espace fixe, pour ainsi dire invariable, sépare la sortie de l'élève qui est venu répandre les germes rubéoleux dans l'école du jour où les élèves, contaminés par lui, arriveront à leur tour à la période prodromique et qui, après être venus également semer les germes dans la classe, seront forcés de quitter l'école.

C'est pour éviter cet apport successif et répété des germes par les élèves successivement atteints, que M. Schrevens recommande la fermeture de l'école dès le début, dès l'apparition du premier cas de rougeole, du neuvième au treizième jour après la sortie du malade; dans cet intervalle de cinq jours, les élèves contaminés seront arrivés à la période prodromique et, retenus chez eux, ils ne viendront pas à l'école communiquer à leurs condisciples les germes actifs dont ils sont porteurs à cette période.

M. Schrevens fait remarquer le peu de résistance que les germes rubéoleux peuvent exposer aux agents destructenrs des microbes et, par suite, l'impossibilité ou la difficulté de la contagion indirecte pour cette maladie.

La durée de la contagion directe n'est pas bien longue; elle est à son plus haut degré au moment de la période prodromique et semble ne plus exister aussitôt après l'éruption.

M. Schrevens termine en émettant le vœu de voir contrôler ses propositions par la majorité des praticiens, afin d'arriver, après leur vérification, à l'application des mesures qu'il croit propres à enrayer les épidémies de rougeole dans les écoles et, par suite, à diminuer la mortalité si grande produite par cette maladie.

— M. Desguin présente quelques courtes observations. Il est d'accord avec l'honorable préopinant sur la plupart des points, sauf sur celui que la contagion de la rougeole n'existerait qu'immédiatement avant que l'éruption se produise. Il est évident, dit-il, que c'est le cas le plus fréquent, mais ce n'est pas le cas unique.

Une enquête faite en Angleterre établit que la maladie peut très bien être communiquée après que l'éruption a complètement disparu. Les enfants guéris de la rougeole pourront encore apporter à l'école les germes de la maladie et les transmettre.

Au surplus, je suis persuadé, dit M. Desguin, que si les mesures recommandées par M. Schrevens étaient prises partout, on diminuerait les épidémies, le nombre des cas de rougeole et la mortalité qui en est la conséquence.

— La discussion est close.

PRÉSENTATION DE DEUX OPÉRÉES.

Un cas de résection du ganglion de Gasser. Un cas de résection de la troisième branche du trijumeau à la sortie du trou ovale. **Présentation des malades, par M. le dr Depage, chirurgien des hôpitaux de Bruxelles.**

Dans la première observation, il s'agit d'une malade atteinte d'une névralgie extrêmement intense du trijumeau. Les douleurs se trouvent localisées sur le territoire des trois branches du nerf et elles sont tellement fortes que la malade sanglote chaque fois qu'elle doit parler pendant un certain temps.

Aucun traitement n'a pu améliorer la situation, et c'est en désespoir de cause que j'ai entrepris, dit M. Depage, la résection du ganglion de Gasser.

L'opération a été faite par la méthode de Kraus, qui se résume dans les points suivants : 1° incision à la région temporale en , commençant immédiatement au-dessus du zygoma, au-devant du tragus et revenant au zygoma à sa partie antérieure. Dissection du lambeau; 2° trépanation et résection de toute la partie osseuse correspondante au lambeau; 3° écartement du cerveau avec la dure-mère, au moyen d'écarteurs spéciaux ; 4° ligature de la méningée; 5° dissection minutieuse des branches du trijumeau, du ganglion et de la racine; 6° tamponnement. Placement d'un drain et suture.

Les suites immédiates de l'opération ont été des plus simples. Guérison au bout de quelques jours. Mais consécutivement il s'est produit une ophtalmie névropathique qui est actuellement en voie d'évolution.

La seconde observation se rapporte à une malade atteinte depuis des années d'une névralgie de la branche inférieure du trijumeau.

Ici le nerf a été réséqué à sa sortie du trou ovale par la méthode de Salzer : *a)* Incision convexe en haut, dépassant par son sommet d'un travers de doigt le zygoma, se terminant en arrière au bord inférieur du zygoma et en avant au bord inférieur de l'os malaire: *b)* Résection temporaire du malaire et de l'arcade zygomatique. Luxation en bas de tout le lambeau ostéo-cutané et désinsertion des attaches crâniennes du temporal; *c)* Abaissement du ptérygoïdien externe et résection du nerf à la sortie du trou ovale. Suture de l'os et de la peau. Pansement.

Les suites de l'opération ont été simples.

— L'Académie décide, au scrutin secret, que la communication de M. Depage sera insérée au *Bulletin*.

Élection d'un Membre titulaire dans la troisième Section, en remplacement de M. Thiry, déédé. M. Van Cauwenberghe est élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation royale.

Élection du Président et du second Vice-Présidant de l'Académie, pour l'année 1898. M. Desguin est nommé Président et M. Hayoit de Termicourt second Vice-Président.

BIBLIOGRAPHIE.

Le devoir du médecin — Il ne conviendrait pas que nous disions du bien de l'œuvre d'un de nos Collaborateurs... Mais nous pouvons en entendre, et nous avons eu le plaisir d'en entendre déjà beaucoup

dans le *Patriote*, le *Scalpel*, l'*Indépendance* etc. Notre collègue M. Hubert nous pardonnera sans doute de reproduire au moins l'article que vient de lui consacrer le dr Merveille dans la *Gazette Médicale de Liége* (11 nov. 1897).

« *Le devoir du médecin :* tel est le titre que notre éminent confrère a donné à l'élégant recueil des leçons de déontologie professées par lui à l'Université de Louvain. Il existait déjà un nombre assez considérable de livres sur le même sujet, à commencer par le compendieux volume de Max Simon, pour passer par le traité classique de Dechambre et finir par l'ouvrage assez récent de Juhel-Rénoy. Aucun, à notre avis, ne mérite d'être lu et suivi à l'égal du travail du professeur Hubert. Son livre, en effet, l'emporte sur tous les autres par une double qualité : il est à la fois plus complet et plus concis, il a des solutions pour plus de problèmes et il les donne d'une façon plus claire et plus ferme. Si l'on ajoute à ces mérites essentiels, un style vif, alerte, débarrassé de tout pédantisme, abondant en traits d'esprit et toujours bien français, on comprendra combien la lecture du cours de M. Hubert est attachante et véritablement captivante.

» Quoique professeur, l'auteur a compris que, sur un tel sujet, il ne fallait pas prendre le ton professoral, même devant des étudiants en médecine. Il a préféré le ton de la causerie et comme il sait être le plus charmant des causeurs, nous sommes certain que beaucoup de ses auditeurs auraient désiré voir le professeur d'accouchements céder parfois une heure de ses leçons au professeur de déontologie.

» Le plaisir que les auditeurs du professeur Hubert ont goûté, les lecteurs le retrouveront à peu près tout entier.

» Mais cet ouvrage n'est pas seulement destiné à plaire et à reposer l'esprit. Il a pour but de faire du bien, de rappeler au médecin le devoir qui s'impose à lui à chaque pas de sa carrière. Il vise à nous rendre meilleurs comme hommes, comme praticiens, comme confrères, comme membres de la société. Ah ! si ce petit livre était lu, médité et mûri par tous les membres du corps médical, combien de tristesses seraient évitées, combien de chutes seraient écartées, combien de hontes seraient épargnées à notre profession !

» On réclame beaucoup en Belgique un code de déontologie qui s'impose à tous les membres de la corporation. Eh bien ! que chacun se procure le petit livre du professeur Hubert, qu'il le lise, l'étudie et le mette en pratique et les défaillances se feront rares parmi nous. Certes, il est des cas où diverses solutions honnêtes peuvent être données à un problème professionnel et où l'on pourra préférer une solution différente de celle admise par l'auteur, ce qui est certain, c'est qu'en suivant ses enseignements on ne risquera jamais de s'écarter du devoir professionnel.

» Toujours droit ! *Rectè !* Tel est la devise de notre éminent confrère. C'est aussi la nôtre et c'est celle de tous ceux qui veulent voir la profession médicale forte et respectée. »

—

DE L'ALCOOLISME, par le dr HIPP. BARELLA, Membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique (1).

Sous ce titre : « *de l'Alcoolisme* » le dr Barella, de Chapelle-lez-Herlaimont vient de faire paraître dans la *Bibliothèque d'Hygiène et et de Médecine vulgarisée*, publiée sous la direction du dr *A. Moeller*, un petit volume d'un bien grand intérêt. Écrit sans prétention, mais de lecture agréable, ce petit livre résume, en ses 158 pages, tous les progrès les plus récents de nos connaissances sur l'alcoolisme et les moyens pratiques mis en œuvrre jusqu'ici, dans les différents pays, pour combattre efficacement les ravages qu'exerce la funeste passion de l'ivrognerie, spécialement parmi les populations ouvrières.

Pour écrire ce livre, M. le dr Barella était d'ailleurs admirablement documenté. Très au courant de la littérature, ainsi que le prouvent ses citations nombreuses, de sources aussi variées qu'heurement choisies, l'auteur a pu pendant plus de trente ans de pratique dans un centre ouvrier important, contrôler par lui-même les assertions des auteurs et se faire une opinion personnelle sur le degré d'abaissement moral, de misère physiologique et matérielle auquel peut mener la funeste passion de l'ivrognerie.

En vrai médecin il ne se contente pas de signaler le mal, mais il songe aussi aux remèdes à employer pour le combattre efficacement. A ce propos un chapitre important est à signaler; c'est celui dans lequel il traite des asiles spéciaux, dits *asiles de tempérance*, où les ivrognes de profession viennent en commun se guérir de leur passion malheureuse.

Deux autres chapitres se distinguent par leur grand intérêt : c'est d'abord le chapitre traitant des asiles pour alcoolisés criminels ou simplement dangereux, c'est ensuite le chapitre où l'auteur parle de l'alcoolisme chez les nourissons allaités par des nourrices faisant un usage immodére des boissons alcooliques.

L'auteur a écrit son livre pour tous les hommes de cœur qui savent se dévouer au bien être du peuple : « je m'adresse, dit-il, dans sa préface, à tous ceux qui s'intéressent au bonheur de leurs semblables, à tous les amis de l'hygiène morale et de l'hygiène sociale, à tous ceux qui s'affligent de la marée montante des misères humaines.

Il est à espérer que son appel sera entendu! Si tous les hommes de bonne volonté — et ils sont nombreux — pouvaient partager les convictions de l'auteur et espérer comme lui dans les remèdes qu'il préconise, l'œuvre scientifique du dr Barella deviendrait, par ses résultats heureux sur la morale publique, une œuvre vraiment patriotique. Que ce soit pour l'auteur la récompense de son travail désintéressé!

Dr E. V.

(1) Ouvrage illustré de onze figures, volume in-18 de 158 pages. Prix : 1 franc. Bruxelles, Société belge de librairie, Oscar Schepens, Directeur, rue Treurenberg, 16.

—

L'AFRIQUE ÉQUATORIALE, par le Dr A. POSKIN, médecin consultant aux Eaux de Spa (1).

Dans ce livre, M. Poskin a groupé en d'intéressants chapitres les nombreux matériaux qu'il a rapportés de son séjour au Congo belge et de cet important et délicat travail se dégage cette opinion, qu'il n'y a pas de politique coloniale possible sans une bonne hygiène : d'où, en l'occasion, le rôle prépondérant du médecin.

M. Poskin s'est appliqué à étudier et à déterminer le nombre et la nature des ennemis à combattre, à commencer par le climat, ce grand tueur d'hommes du continent noir. Il fait éloquemment leur procès, résumé sous la forme de trois études qui ont toute la force d'un magistral réquisitoire : la *Climatologie*, la *Nosologie* et l'*Hygiène*.

L'Afrique Équatoriale fourmille, au cours de ses 500 pages, d'observations concluantes, de relevés précis, de chiffres exacts et de documents précieux qui sont le résultat d'une prodigieuse somme de travail.

Sous la plume exercée de l'auteur, les relevés graphiques, les notes les remarques, les impressions, les causes et les effets prennent un relief saisissant et intéressent du même coup le monde médical, scientifique et explorateur.

Le superbe volume que vient d'éditer la Société belge de Librairie trahit de la part du Docteur Poskin, un grand souci de la vérité. Il est à la fois l'œuvre d'un chercheur infatigable, d'un travailleur consciencieux et d'un érudit éclairé.

VARIÉTÉS.

L'ASSURANCE MATERNELLE (2).

Nous venons de lire avec le plus vif intérêt la remarquable étude que MM. Louis Franck, Keiffer et Maingie viennent de consacrer à la protection de l'ouvrière en couches et de son enfant. Il est urgent de venir efficacement au secours de ces deux faiblesses. La protection des mères et de l'enfance s'impose comme un devoir rigoureux à la société : elle doit reconstituer et améliorer « le capital humain » en péril.

« L'interdiction du travail pour les femmes en couches est étroitement liée à la restauration de la race. Aussi pour une pareille cause l'argent ne compte pas» — a dit l'empereur Guillaume II.

En Belgique la mortalité des enfants de 1 jour à un an présente cette progression :

(1) Société belge de Librairie, 16, rue Treurenberg, à Bruxelles. Un beau volume grand in-8° de 478 pages, avec de nombreuses figures et diagrammes et une carte du Bassin du Congo. Prix : 12 fr.

(2) Bruxelles, H. Lamertin, édit. 1897.

de 1869 à 1872 : 195,7 décès d'enfants		pour 1000 décès généraux.
de 1871 à 1876 : 217,3 » »		
de 1877 à 1880 : 213,5 » »		
de 1881 à 1884 : 234,5 » »		
de 1885 à 1888 : 233,4 » »		

Dans les cités manufacturières cette mortalité est deux fois plus forte qu'ailleurs : ainsi Gand perd 216 enfants sur 1000 décès généraux, et Arlon 126 seulement. — En France sur 1000 enfants légitimes mâles, il en meurt 207 dès la première année — et sur 1000 illégitimes 432 — près de la moitié !

D'où viennent ces désastres ? — Surtout de deux causes. Le nouveau-né, trop tôt exposé à l'air extérieur, est emporté par des broncho-pneumonies. — La mère, obligée de rentrer à l'usine ou à l'atelier, ne peut elle-même soigner son enfant, et **90** fois sur 100 le pauvre petit, abandonné à des mains étrangères et voué à l'alimentation artificielle, succombe à une affection des voies digestives : dyspepsie, diarrhée, atrepsie, gastro-entérite, choléra infantile, etc. — La femme du peuple doit être exemptée des durs labeurs *deux* semaines au moins avant son accouchement et *six* semaines après.

A Paris il existe, depuis 1892, des asiles spéciaux où les femmes enceintes abandonnées peuvent trouver un refuge quelque temps avant leurs couches ; le professeur Pinard a démontré par des chiffres la bienfaisance de ces refuges :

500 femmes ayant travaillé jusqu'à terme :	poids d'enfants 1,505,000 gram. par enfant : 3,000 grammes.
500 femmes ayant séjourné au refuge au moins dix jours :	poids d'enfants : 1,645,000 gram. par enfant : 3,290 grammes.
500 femmes ayant séjourné au dortoir de la clinique :	poids d'enfants : 1,683,000 gram. par enfant : 3,366 grammes.

Il a démontré aussi que la femme qui jouit du repos a plus de chances que les autres de porter jusqu'au terme physiologique de la grossesse.

Après l'accouchement, six semaines de repos sont nécessaires pour sauvegarder l'existence du nouveau-né et pour permettre aux organes de la mère de se remettre complétement des rudes épreuves qu'ils viennent de subir.

Les Conférences internationales et les Congrès sociaux dans ces dernières années ont été unanimes à voter le principe d'une protection spéciale à accorder aux accouchées. La Conférence de Berlin, sur l'initiative de l'empereur Guillaume II, en 1890, a émis à l'unanimité des quinze nations représentées le vœu « que les accouchées ne soient admises au travail que quatre semaines après leur accouchement. » Le Congrès catholique des œuvres sociales, tenu à Liége en 1890, veut, avec raison, un délai minimum de six semaines.

Le Congrès socialiste de Zurich (1893) a réclamé l'interdiction du travail des femmes deux mois avant et quatre mois après l'accouchement. Le Congrès socialiste de Londres (1896) demande à l'Etat de distribuer des secours aux ouvrières accouchées.

Le Congrès international d'assistance et de protection de l'enfance réuni à Genève en 1896 a adopté les vœux suivants :

Que la femme enceinte nécessiteuse bénéficie en tous pays de l'assistance médicale gratuite;

Que l'interdiction du travail précède l'accouchement pendant une période à déterminer et que les femmes accouchées ne soient admises au travail que quatre semaines au moins après l'accouchement;

Que le principe d'une indemnité de repos et de convalescence pour les femmes accouchées soit inscrit dans la loi;

Que les pouvoirs publics favorisent par tous les moyens possibles la formation de mutualités maternelles et de sociétés de patronage et d'assistance des mères et des enfants en bas âge.

Des vœux ne suffisent pas pour guérir les misères — que les dispositions légales même n'ont guère modifiées jusqu'ici. Espérons, avec les auteurs d'un travail dont nous aurions voulu donner mieux qu'une idée fort incomplète — que nos législateurs parviendront bientôt à assurer l'exécution et le respect d'une loi nécessaire en y infusant un souffle de générosité et d'humanité. E. H.

NÉCROLOGIE.

S. TARNIER.

La science et l'humanité viennent de perdre S. Tarnier. Il a été emporté brusquement, en pleine vigueur, à l'âge de 69 ans. Avec lui disparaît — a dit Budin sur sa tombe — une des plus grandes figures médicales de notre époque.

Dès 1858, le cœur ému par la multitude de mères qu'il voyait mourir dans les hôpitaux, il s'attaqua à la fièvre puerpérale et toute sa vie il lutta contre le fléau avec une opiniâtreté qui finit par en triompher. Nous voyons encore le rayonnement de joie qui illumina sa bonne figure lorsqu'il nous fit voir, il y a quelques années, « ses résultats »... l'épouvantable échelle de la mortalité de l'hôpital des *Cliniques* réduite, par lui, à presque zéro! L'homme à qui il est donné de réaliser de tels miracles a le droit d'être fier de son œuvre; il n'en est pas de plus belle.

Tarnier s'est autant préoccupé de l'enfant que de la mère : par sa couveuse artificielle et le gavage il est parvenu à faire vivre une foule de petits prématurés qui, avant lui, n'avaient aucune chance de vie.

Nous ne rappellerons pas l'œuvre scientifique de l'éminent professeur : elle est énorme et tous les accoucheurs connaissent et ses écrits et les nombreux instruments dont il a enrichi l'arsenal obstétrical. Tarnier laisse le souvenir d'un merveilleux clinicien, d'un maître admirable, d'un savant consciencieux et — à tous ceux qui l'ont approché — d'un homme aimable, foncièrement honnête et bon. Sa mémoire restera honorée parmi les hommes. E. H.

ANTISEPSIE EN OBSTÉTRIQUE ET EN GYNÉCOLOGIE.

(Suite et fin.)

Il me reste à indiquer, d'après les données exposées dans mes précédents articles, les mesures d'antisepsie à prendre pour prévenir l'infection puerpérale; selon le moment où ces mesures sont appliquées, selon les conditions bien différentes dans lesquelles se trouve la femme elle-même vis-à-vis du danger d'infection, il y a lieu de distinguer trois périodes, et je vais passer en revue successivement l'antisepsie avant, pendant et après l'accouchement.

§ I. Antisepsie avant l'accouchement.

Cette période commence à partir du moment où la grossesse est avérée pour prendre fin à l'apparition des premières douleurs.

Pendant ce long espace de temps, il paraît superflu de faire appel d'ores et déjà à l'antisepsie en vue des couches à venir; l'auto-infection n'est assurément pas à redouter pendant la grossesse, et, s'il arrive que des microbes pathogènes pénètrent du dehors dans le vagin, ils auront été dès longtemps éliminés ou du moins atténués dans leur virulence, lorsque viendra l'accouchement.

Il est donc permis de laisser la grossesse poursuivre son évolution sous la seule garantie des propriétés microbicides des sécrétions vaginales.

Le médecin qui s'aviserait de faire, aux femmes du peuple et en général à la campagne, des recommandations en vue d'assurer l'asepsie des organes génitaux pendant la grossesse, courrait grand risque d'ailleurs de ne pas être écouté.

Les femmes d'une condition plus élevée s'y soumettront au contraire volontiers, et, s'il est permis de contester leur utilité, on peut dire du moins qu'en matière d'antisepsie, le mieux n'est pas l'ennemi du bien.

Ces recommandations ont pour objet de soustraire le vagin aux

causes de contamination, qui sont, pendant la grossesse, il est vrai, peu nombreuses et peu importantes; c'est la propagation au vagin d'une infection de voisinage, c'est le contact avec la vulve de vêtements ou de doigts souillés.

Par le fait de la gestation, les sécrétions vaginales s'exagèrent, et s'écoulent au dehors, agglutinant les poils du pubis, provoquant de l'érythème, des excoriations, favorisant de diverses façons le développement des microorganismes de toute espèce qui abondent dans la région ano-génitale ; or, comme cette région échappe à l'action bactéricide des sécrétions vaginales, il pourra se cultiver ainsi à l'entrée du vagin des espèces pathogènes virulentes.

Pour éviter ce voisinage dangereux, la femme enceinte fera donc bien de procéder journellement à la toilette des organes génitaux externes : lavage à l'eau chaude et au savon de la vulve, du mont de Vénus, des plis de l'aîne, du périnée et de l'anus; après le lavage au savon, si les exigences peuvent être poussées aussi loin, lotion au sublimé; en cas d'érythème, poudre d'oxyde de zinc, pommade boriquée.

Ce ne sera pas un mal que les soins de propreté soient étendus à toute l'enveloppe cutanée, car des souillures pourraient arriver à la vulve d'un point quelconque du corps par l'intermédiaire des vêtements ou des doigts ; conseiller en conséquence un grand bain au savon ou à la soude, pris une fois la semaine; attirer aussi l'attention sur la propreté des doigts, que des sensations prurigineuses attirent volontiers à la vulve; faire renouveler enfin, plus souvent que de coutume, le linge de corps et les draps de lit.

Ces pratiques, sans être indispensables, sont cependant utiles, car à tout moment peut survenir une expulsion prématurée, mais leur importance grandit naturellement à mesure que la grossesse s'avance; s'il a été impossible de les obtenir plus tôt, les exiger au moins pendant le dernier mois ou les quinze derniers jours avant la date présumée de l'accouchement.

Quant aux injections vaginales pratiquées journellement, soit, comme le veulent les uns, pendant toute la durée de la grossesse, soit, comme le veulent les autres, pendant le dernier mois, elles ne se justifient par aucune bonne raison.

Je passe sur les dangers des injections, parce qu'ils n'ont guère

d'importance qu'au moment de l'accouchement, et je suppose établi que des injections correctement pratiquées ne risquent pas de provoquer l'avortement, mais d'autre part, quelle influence peuvent-elles bien exercer sur la flore vaginale ?

Alors que, pour réaliser une asepsie passable et toujours passagère du vagin, il faut se donner tant de peines, on prétend maintenir aseptiques pendant toute la durée de la grossesse les organes génitaux internes, en faisant pratiquer une injection tous les jours par la femme elle-même ou par quelqu'un de son entourage !

A quoi bon d'ailleurs poursuivre ce résultat, puisqu'il n'y a pas en jeu de microbes pathogènes ?

Pendant la grossesse, les lavages vaginaux ne se justifient que dans les cas pathologiques : vaginite blennorrhagique, vaginite putride ou autre ; il sera toujours prudent en effet de guérir ces affections avant l'accouchement par un traitement approprié.

En fait, *l'antisepsie de la grossesse consistera simplement dans le lavage journalier des organes génitaux externes, dans les bains fréquents, et dans la propreté plus sévère que de coutume du linge et des vêtements.*

§ II. Antisepsie pendant l'accouchement.

Cette période commence avec les premières douleurs et finit avec l'expulsion du placenta.

C'est la période dangereuse par excellence pour la femme, non point par le fait du travail physiologique de l'accouchement, mais par le fait d'une intervention, que je qualifierais volontiers de malencontreuse et d'intempestive, si elle n'était inévitable : le toucher.

S'il n'y avait pas le toucher, l'antisepsie ne devrait pas avoir plus d'exigences pendant l'accouchement normal que pendant la grossesse.

Mais, à cause du toucher et en prévision du reste d'une intervention, le médecin, appelé auprès d'une femme en travail, doit prendre ses dispositions, comme s'il s'agissait d'une opération délicate et importante.

Il emportera avec lui les instruments dont il peut avoir besoin, forceps, transforateur, cranioclaste, ciseaux, fils, irrigateur, et, s'il possède une étuve, un ou plusieurs tabliers, et quelques alèzes stérilisés,

tout au moins, une petite provision de gaze aseptique, puis encore des pastilles au sublimé.

Arrivé au domicile de la parturiente, il s'occupe immédiatement à assurer l'asepsie du toucher et, éventuellement, d'une opération quelconque : application de forceps, version, suture du périnée, etc.

Si le travail n'est pas trop avancé, commencer par faire administrer un *lavement* à la femme, afin de débarrasser le rectum des matières fécales, qui sans cela sortiront par l'anus au moment de l'expulsion, souillant la région périnéale, le linge glissé sous le siège, les mains de l'accoucheur et risqueront d'être introduites dans le vagin pendant les dernières manœuvres.

Si l'on a du temps devant soi et que les circonstances le permettent, ordonner ensuite un ***grand bain*** ou ***un bain de siège***, savonneux, au sortir duquel la femme reçoit une ***chemise propre*** et des ***vêtements très simples*** : une camisole en coton et avec cela, tout au plus, un simple jupon également en coton.

Il faut impitoyablement mettre de côté les habits habituellement portés, les jupons épais en drap qui ne peuvent passer à la lessive et sont souillés de boue ou d'autres impuretés et peut-être récèlent dans leurs plis les spores du tétanos ou de la septicémie gangréneuse; déplacés avec les poussières ou recueillis par le doigt chargé du toucher, ces spores pourraient être entraînés dans le vagin et produire les pires des complications.

Le temps que durent ces préparatifs est utilisé pour la ***stérilisation de l'eau et des instruments*** : faire mettre sur le feu plusieurs marmites, l'une avec de l'eau pure, qui servira pour le lavage des mains et des parties génitales externes, au besoin pour les irrigations, une autre avec de l'eau additionnée de carbonate de soude qui recevra le forceps, les autres instruments, le fil — le tout roulé dans un linge pour être retiré commodément et sans risque de souillure — une autre encore où trouveront place quelques petits bassins, un petit récipient à manche, quelques essuie-mains; à la rigueur, eau, instruments, bassins, linges, seront stérilisés dans deux seulement, voire dans un seul récipient.

La ***toilette de la chambre***, où doit se faire l'accouchement, aura le plus souvent été faite depuis longtemps : mobilier inutile et objets à

poussières enlevés, murs badigeonnés, parquet ou pavement et meubles soigneusement récurés, lit fraîchement garni.

Bien que la possibilité d'une infection par l'air soit moins admissible encore en obstétrique qu'en chirurgie, la scrupuleuse propreté qui règnera dans la chambre il inspirera l'accoucheur et à chacun le souci de sa propreté personnelle.

Comme minimum d'exigences pour la chambre, *faire garnir le lit de draps propres* et, si possible aussi, de couvertures de laine ou de coton fraîchement blanchies.

Avant d'y coucher la femme, qu'elle ait ou non été au bain, procéder soi-même, ou faire procéder par une personne apte, sage-femme garde-couches, à une *désinfection en règle des organes génitaux externes, de la partie inférieure de l'abdomen et de la face interne des cuisses,*

Cette désinfection doit être conduite de la même façon que la désinfection du champ opératoire en chirurgie.

En premier lieu, la personne qui en est chargée aura soin de s'aseptiser les mains.

La région étant garnie de poils, il faudrait ensuite commencer par les emporter à l'aide du rasoir.

A la maternité de Lyon, l'usage s'était établi, il y a quelques années, de raser complètement le pubis des parturientes, mais les maris s'émurent et l'administration de l'hospice crut devoir engager les accoucheurs à ménager les susceptibilités de ceux-ci.

Au surplus, il suffira de raccourcir aux ciseaux les poils trop longs qui masquent l'ouverture vulvaire, s'il s'en trouve; le pubis ne sera rasé complètement que pour une opération importante : symphyséotomie, opération césarienne,

Le savonnage, à l'eau chaude, des régions indiquées : vulve, mont de Vénus, plis de l'aîne, face interne des cuisses, périnée, anus, région interfessière, sera minutieux et prolongé; il se fait au moyen des mains ou d'un linge aseptique, la sensibilité de ces parties ne permettant guère l'emploi de la brosse.

La friction à l'alcool — qui a, ainsi que les expériences récentes l'ont établi, une importance de premier ordre pour la stérilisation de l'enveloppe cutanée — suivra et finalement, la lotion au sublimé.

Outre celle de la région génitale, *ne pas négliger la toilette des*

mains de la parturiente, qui viennent facilement en contact avec la vulve.

Un linge propre est glissé dans le lit sous le siège pour recueillir ce qui découle de la vulve; il sera changé fréquemment.

Dans les maternités, ce linge, ainsi que le linge de corps et les draps de lit, seront avec avantage stérilisés à l'étuve.

La femme est placée dans le lit et, alors seulement, elle est prête à recevoir le toucher.

Bien coupable serait l'accoucheur qui y procéderait auparavant, et, comme la chose se pratique encore si souvent, sans préambules, c'est-à-dire, dès qu'il est introduit près de la femme en travail; dans l'intervalle, il a dû lui-même se préparer au toucher.

Il commencera par *enlever son paletot;* il est inadmissible qu'il conserve un vêtement qui est exposé à recevoir mille infections dans l'exercice de la profession médicale et dont les manches particulièrement suspectes viendraient frotter la face interne des cuisses ou l'ouverture vulvaire pendant les manœuvres; *pour chaque toucher, retrousser les manches de la chemise jusqu'au coude*

Pour le dire en passant, la bienséance exige que l'accoucheur se présente toujours avec du linge irréprochable et des habits propres; la parturiente et son entourage verront toujours la chose avec plaisir et c'est une garantie en plus pour l'asepsie.

L'*asepsie des mains de l'accoucheur* ne saurait être trop minutieuse; elle a, à mon avis, plus d'importance même que celle du chirurgien, en ce sens que les conséquences d'une négligence commise à cet égard seront souvent plus graves; curage des ongles, savonnage à la brosse, frictions à l'alcool et au sublimé.

Ne pas s'exposer à souiller ensuite les doigts en les recouvrant d'un enduit suspect; si l'on veut se servir d'un corps gras, qu'il soit aseptique; la vaseline boriquée à 10 p. c., la vaseline phéniquée à 1 p. c., la vaseline au sublimé à 1 p. m., les produits le plus souvent usités, ne donnent que des illusions d'asepsie, surtout s'ils ne sont pas fraîchement préparés; il n'y a que la vaseline sortant de l'étuve et stérilisée à nouveau avant chaque toucher qui donnera toute garantie, et cela n'est pas réalisable dans la pratique privée.

Il est plus simple et plus sûr de n'appliquer aucun enduit pour le toucher; les mains sont humides au sortir de la solution mercurielle

où elles ont plongé en dernier lieu, et puis, chez les parturientes, les parties sont si bien ramollies et si souples, les liquides qui les baignent si abondants que l'introduction de la main est facile.

Au surplus, les doigts se débarrassent difficilement de la vaseline qui les imprègne et que le savon ne dissout pas, et sont par la suite plus malaisés à aseptiser de nouveau ; l'inconvénient est le même pour la muqueuse vaginale aux endroits où elle sera tapissée de vaseline ; la glycérine additionnée d'un antiseptique n'aurait pas cet inconvénient. Néanmoins, il n'y a que lorsque tout l'avant bras doit être introduit, comme pour une version, que le besoin d'un enduit se fera sentir ; la vaseline ou la glycérine au sublimé fraîchement préparée pourra être utilisée alors, ou mieux, — parce qu'on a le produit sous la main — du *savon noir* bien propre, ou encore la solution de *lysol* à 2 p. c. ; cette substance a eu une certaine vogue dans les cliniques d'accouchements, à cause précisément de sa propriété de former avec l'eau des solutions onctueuses qui peuvent même remplacer le savon et s'enlèvent facilement par le lavage.

Pour la pratique du toucher. *faire retirer les couvertures, relever la chemise par la femme elle-même ou une autre personne, écarter les lèvres de la vulve avec les doigts d'une main, introduire un ou deux doigts de l'autre main, en prenant garde de toucher en route quelque objet suspect, et procéder d'emblée à une exploration aussi complète que possible*, pour n'avoir plus de sitôt à y revenir : diagnostic de la présentation, de la position, du degré de dilatation du col, d'un vice du bassin ou d'une anomalie quelconque.

L'asepsie des mains, ai-je besoin de le répéter encore, laisse en effet toujours à désirer, quoi qu'on fasse, et les chirurgiens en sont si bien convaincus que la mode se répand en Allemagne de les recouvrir de *gants* pendant les opérations, soit de gants en caoutchouc, soit mieux de gants en soie, qui gênent moins les mouvements et émoussent moins la sensibilité tactile ; les uns et les autres, stérilisés par l'ébullition avant chaque toucher donneront toute garantie et on ne saurait trop souhaiter que l'usage s'en répande parmi les accoucheurs.

Il ne faut pas oublier que le plus grand danger qui menace la femme en travail, un danger plus grand à lui seul que tous les autres réunis provenant de l'accouchement, vient du toucher ; sur 100 accouchées qui meurent d'infection, il y en a 95 au moins, il y en a 99 peut-être

qui ont été infectées par le toucher. N'est-il pas pénible d'avouer que tant de femmes meurent ainsi par le fait — je ne veux pas dire par la faute, ce qui laisserait supposer que, par une négligence coupable, toutes les précautions d'asepsie du toucher n'ont pas été prises — meurent, dis-je, par le fait de celui-là même qui avait été appelé à les secourir?

Pénétrés de cette grave responsabilité qui pèse sur eux, des accoucheurs consciencieux ont cherché à s'en débarrasser.

Léopold a voulu savoir, par une expérience poursuivie tant à la maternité que dans la clientèle, dans quelle proportion le toucher vaginal était nécessaire et il est arrivé à montrer par des chiffres que pour neuf accouchements sur dix, il n'est pas indispensable.

L'exploration externe, l'auscultation sont dans la grande majorité des cas des éléments suffisants d'appréciation; le palper abdominal — que notre collègue M. Hubert, fidèle aux enseignements de son père, a tant cherché à vulgariser — permet non seulement de diagnostiquer la présentation et ses variétés, mais encore de suivre les différentes phases de l'accouchement.

Léopold assure qu'il n'a été commis d'erreurs de diagnostic par l'examen externe que dans 1,8 p. c. des cas et cela, surtout dans le cas de présentations anormales; ces erreurs n'ont eu d'ailleurs aucune suite fâcheuse pour la mère ni pour l'enfant; s'appuyant sur ces faits, il a insisté pour que les accouchements normaux soient exclusivement surveillés par l'exploration externe et pour que le toucher soit réservé aux cas pathologiques.

De son côté, Baumm, qui depuis longtemps est chargé d'instruire des sages-femmes, a déclaré qu'à peu d'exceptions près, elles arrivent à diagnostiquer fort bien la présentation du fœtus par la palpation abdominale; selon la déclaration de Keilmann, mille accouchements ont été faits à la clinique de Breslau sans exploration interne.

Je signale en passant, le conseil qui n'a pas été suivi, et pour cause, de recourir au toucher rectal dans les accouchements, pour éviter le toucher vaginal : on a prétendu que l'on pourrait par le rectum diagnostiquer les présentations, reconnaître les sutures, dépister les rétrécissements du bassin.

Mais, s'il est prouvé par les faits que je viens de signaler, qu'il est

fréquemment possible d'éviter le toucher vaginal dans les maternités, il n'en est pas de même dans la pratique privée; la sage-femme et l'accoucheur sont le plus souvent astreints à toucher de temps en temps, afin d'apprécier l'avancement du travail.

Les parturientes exigent en effet qu'on leur rende compte de cet avancement, ou bien, elles sont persuadées qu'on les aide par le toucher, mais les pauvres ! si elles savaient que chaque fois que le doigt est introduit, il peut, comme une arme perfide, leur apporter une inoculation mortelle, et que le toucher ne sert souvent à rien qu'à meurtrir les parties, comme elles exigeraient que leur accoucheur se tînt coi jusqu'au moment où un accident ou une anomalie exigera impérieusement son concours !

Jusqu'au jour où les intéressées et le public resteront dans l'ignorance et de la parfaite inutilité dans la plupart des cas, et du danger, dans tous les cas, du toucher, celui-ci restera comme un mal nécessaire Au moins faut-il atténuer le mal, en supprimant impitoyablement l'abus qui se fait du toucher vaginal, en n'y recourant que le plus rarement possible, et jamais en l'absence d'une indication. Après le premier toucher, l'indication ne se produira plus guère que s'il survient quelque chose d'anormal dans l'effet des douleurs ou dans l'état de la mère ou de l'enfant.

La grande majorité des accouchements normaux peut être conduite à bonne fin à l'aide de deux ou de trois touchers, le premier pour la première reconnaissance de la situation, le second après l'écoulement des eaux ; les chances d'infection seront ainsi réduites dans de notables proportions.

Il est superflu d'ajouter que *les touchers subséquents seront pratiqués comme le premier après l'asepsie la plus rigoureuse de la vulve et des doigts*, les dangers d'infection devenant même plus grands à mesure que le travail s'avance ; il est consolant d'avoir à constater que ces exigences, auxquelles nul ne peut se soustraire, rendent la pratique du toucher incommode pour l'accoucheur, sinon aussi pour la parturiente, et contribueront ainsi à en restreindre sensiblement l'abus.

Quant à l'idée de beaucoup de médecins qu'une injection vaginale antiseptique, pratiquée immédiatement après le toucher, les absoudra

de toutes les fautes commises pendant cet examen, elle est erronée, ainsi que je l'ai démontré; j'ai bien admis que l'injection avait des chances d'emporter une partie des microbes déposés par le doigt, mais, si le toucher n'a pas été fait aseptiquement, il y a gros à parier que l'injection vaginale sera pratiquée moins aseptiquement encore, et ce sera ainsi une cause de contamination ajoutée à la première.

Les lavages vaginaux pendant le travail, dans les accouchements normaux, doivent être condamnés, soit qu'on les répète, comme le veulent les uns, systématiquement après chaque toucher, soit qu'on y revienne, comme le veulent les autres, méthodiquement toutes les deux heures ou toutes les quatre heures; ils ne seront tolérés que dans les cas où le médecin est appelé auprès d'une femme en travail depuis longtemps et à laquelle une sage-femme ou une matrone a pratiqué sans précautions le toucher ou d'autres manœuvres; avant de toucher lui-même, et en vue d'assurer l'asepsie ultérieure du travail, le médecin pourra trouver bon de procéder alors à une désinfection en règle, par les lavages et les frictions, du vagin, qui très probablement récèlera des microbes pathogènes; cette précaution ne sera cependant indispensable, que s'il existe déjà des phénomènes d'infection : rougeur et sensibilité des parties, fétidité de l'écoulement, élévation de la température.

Fritsch a conseillé jadis de conserver aussi les injections vaginales pendant le travail dans les cliniques obstétricales, à cause de la multiplicité des touchers résultant des exigences de l'enseignement; mais en réalité, la première chose qu'il faut apprendre aux élèves, n'est-ce pas la manière de pratiquer un toucher rigoureusement aseptique?

Dans les accouchements anormaux, il est de précepte de pratiquer une injection vaginale avant et une après l'intervention opératoire, mais, si celle-ci est conduite aseptiquement, il est permis de s'en dispenser; la seule chose essentielle, c'est que tout instrument, qui doit être introduit, forceps, transforateur, cranioclaste, ait été au préalable stérilisé dans l'eau bouillante, que la main et tout l'avant-bras, qui vont pénétrer pour pratiquer une version, aient été minutieusement stérilisés, que les compresses de gaze destinées à absterger le sang, les lacs destinés à saisir un membre soient aseptiques.

Qu'il s'agisse d'un accouchement normal ou non, *après la sortie de*

l'enfant, s'abstenir de toucher ou d'introduire la main ; il n'y a aucune raison pour procéder à une exploration, et l'utérus bas situé et largement béant est très exposé.

Laisser à la matrice le temps d'expulser le délivre et, sans introduire le doigt profondément, l'extraire, lorsqu'il est dans le vagin, en tirant sur le cordon pendant à la vulve ; s'il tarde trop à sortir, recourir à la méthode d'exprèssion de Crédé.

L'attention de l'accoucheur ne saurait être trop attirée sur la nécessité de ne transgresser aucun des préceptes de l'antisepsie à l'occasion de la délivrance ; il s'oublie en effet facilement sous ce rapport, comme si une fois l'enfant né tout était fini, et, cependant, c'est à ce moment que la contamination directe de l'utérus est le plus à craindre.

En résumé, *l'antisepsie de l'accouchement normal sera basée simplement sur la désinfection fréquemment répétée des organes génitaux externes, sur la restriction du toucher la plus large possible et sur l'asepsie rigoureuse des doigts introduits.*

§ III. Antisepsie après l'accouchement.

Cette période commence après la sortie du délivre et se prolonge jusqu'à la cessation des lochies.

C'est la période où se développent régulièrement les infections puerpérales, non pas que les germes en soient apportés à ce moment ; le plus souvent ils ont été déposés pendant le travail dans les voies génitales, mais il faut que la matrice soit évacuée pour qu'ils trouvent l'occasion de proliférer.

En réalité, la fièvre puerpérale grave a presque constamment sa source dans l'infection de la plaie utérine ; l'importance des déchirures du col ou du périnée, ainsi que des érosions du vagin, a été à cet égard notablement exagérée par certains cliniciens.

Heureusement, à mesure que s'effectue le retrait de l'utérus, la plaie placentaire se soustrait bientôt complètement aux causes d'infection, et on peut dire que, si la cavité utérine n'a pas reçu de microbes pathogènes pendant le travail, la femme est sauve en général.

Nous avons vu que l'appareil génital de la femme se partage en ce qui concerne la flore bactérienne, en deux zones bien distinctes : une partie supérieure, les trompes et la cavité utérine, qui est stérile, et

une partie inférieure, le vagin, qui est riche en microorganismes; or, après un accouchement normal aseptiquement conduit, cette situation reste maintenue, contrairement à ce qu'on pourrait supposer.

Après les accouchements normaux, les lochies recueillies au sortir de l'utérus ne renferment pas de microbes.

Le principal, sinon le seul souci du médecin, au point de vue de l'antisepsie des couches, sera donc d'éloigner toutes les causes qui peuvent provoquer la pénétration de microbes dans la cavité utérine.

La chose sera d'autant plus aisée, qu'une fois l'accouchement terminé, il n'y a plus à intervenir, soit par le toucher, soit par une manœuvre quelconque; de ce côté, tout danger d'infection est par conséquent écarté.

Se borner à la désinfection des organes génitaux externes, répétée deux à trois fois par jour, pendant les dix premiers jours, puis de moins en moins souvent.

C'est une précaution utile, bien que moins indispensable que pendant le travail; l'asepsie vulvaire est, en effet, avant tout destinée à assurer l'asepsie du toucher; après l'accouchement, elle n'a d'autre objectif que de supprimer le danger, en somme très problématique, de la propagation de proche en proche au vagin, puis à l'utérus de microbes végétant à l'orifice vulvaire.

Ne mettre au devant de la vulve que du linge ou des pièces de pansement aseptiques, afin d'éviter l'infection du vagin à leur contact; quant au conseil donné par certains accoucheurs d'obturer l'entrée de la vulve, afin d'éviter l'accès de l'air, ou de le filtrer, il est futile, car il n'y a rien à craindre de la pénétration de l'air dans le vagin, ni, même, si elle était possible, dans l'utérus.

S'abstenir d'injections vaginales; il est vrai qu'après la grossesse, les sécrétions du vagin ne conservent qu'à un degré fort atténué leurs propriétés bactéricides, ce qui permet le développement des saprophytes; d'après les recherches concordantes de Menge et de Bumm, c'est à la fermentation putride des lochies provoquée par ces organismes qu'il faut rapporter la plupart des infections bénignes après l'accouchement, ou en d'autres termes la morbidité des accouchées.

On en a conclu que les injections vaginales antiseptiques après l'accouchement sont nettement indiquées, principalement lorsque les lochies sont fétides, mais les accidents en question, toujours passa-

gers et bénins, ne réclament pas de traitement spécial; et, en supposant que les injections soient pratiquées avec l'asepsie la plus rigoureuse — ce qui, ai-je dit, est à peu près impraticable dans la clientèle privée — elles exposent après l'accouchement à un danger spécial : celui de la projection dans l'utérus resté indemne jusqu'alors des sécrétions vaginales infectées.

En réalité, ce danger n'existe qu'immédiatement après l'accouchement, de sorte que *l'antisepsie vaginale pourra trouver ses indications* : extrême fétidité des lochies, traumatismes étendus, plaies infectées, accidents fébriles pouvant être rattachés à l'une ou l'autre de ces causes.

Recourir alors *au sublimé*, à 1 p. 5 m., en injections deux ou trois fois par jour, mais pendant 2 à 3 jours au plus; le sublimé sera cependant contreindiqué, chaque fois qu'il y a des délabrements considérables du vagin ou du périnée, c'est-à-dire des plaies anfractueuses bien disposées pour l'absorption; il sera également contre-indiqué chez les femmes épuisées par des hémorragies, chez les femmes cachectiques et surtout chez les albuminuriques, à cause également du danger d'intoxication.

Remplacer alors le sublimé par le *permanganate de potasse* (1 p. 2 m., ou 1 p. m.); ce produit, qui paraît dénué de toute propriété toxique, conviendra particulièrement en cas de lochies putrides et de plaies à aspect diphtérique ou gangréneux.

Toutefois, le meilleur pansement des plaies vulvaires ou vaginales consistera à projeter à leur surface une petite quantité d'*iodoforme.*

Les injections à l'eau iodée ne sont pas tolérées par le vagin.

S'abstenir rigoureusement de toute injection intra-utérine après un accouchement normal.

Il fut un temps où l'injection utérine était régulièrement pratiquée plusieurs fois par jour au moins pendant les huit ou dix jours consécutifs à l'accouchement; cet abus a à peu près disparu, mais la plupart des accoucheurs conseillent toujours de faire une abondante irrigation utérine immédiatement après l'accouchement. Il a même été question autrefois d'ordonner, sous peine de répression, aux sages-femmes de faire cette injection, tellement elle était considérée comme indispensable; maintenant, il faudra leur interdire avec la même sévérité de la pratiquer.

Je laisse de côté les accidents exceptionnels, tels que : lipothymie, mort subite, etc. qui ont été attribués, soit à une action réflexe, soit à la pénétration du liquide de l'injection dans le péritoine ou dans les veines béantes, mais il faut songer que c'est immédiatement après la sortie de l'enfant que l'empoisonnement par les solutions antiseptiques est surtout à redouter, la plaie placentaire toute fraîche et la surface interne de l'utérus dénudée absorbant avec une grande puissance.

Tarnier lui-même, instruit par une triste expérience, a formellement recommandé dans son livre de s'abstenir de la solution de sublimé même à 1 p. 5000, pour l'injection utérine après l'accouchement, mais il a persisté à attribuer à l'injection *post-partum* une série d'avantages ; à savoir, outre l'action antiseptique, celui de débarrasser l'utérus des caillots ou des débris de membranes, et celui de provoquer le retrait de l'utérus, surtout si l'injection était employée chaude.

Mais, à quoi bon enlever de l'utérus les caillots et la caduque, si ces produits ne sont pas infectés ? Du reste, ils seront chassés par l'utérus revenant sur lui-même ; quant à l'action stimulante des injections chaudes sur l'utérus inerte, c'est une indication thérapeutique exceptionnelle qui n'a rien à voir avec l'antisepsie.

Si elle est indiquée, elle se réalisera du reste aussi bien, et avec le danger d'empoisonnement en moins, à l'aide d'eau chaude ou d'eau salée, simplement aseptique.

En somme, l'injection utérine antiseptique après l'accouchement normal est sans objet, car à quoi bon désinfecter ce qui n'est pas infecté ?

Il est bien vrai que les lochies au sortir de l'utérus ne sont pas toujours stériles; ainsi, les recherches poursuivies par Kroenig sur 63 accouchées lui ont donné 50 fois seulement un résultat négatif et 13 fois un résultat positif; les organismes découverts étaient ordinairement des microbes vulgaires de la putréfaction, trois fois le streptocoque, une fois le gonocoque.

On pourrait donc objecter que, si l'injection intra-utérine est inutile chez neuf accouchées sur dix, elle sera éminemment profitable à la dixième qu'elle arrachera peut-être à une mort certaine. Or, comme on ne sait pas quelles sont les accouchées à utérus infecté, il paraît logique de les soumettre toutes indistinctement à cette mesure de précaution.

L'objection serait pertinente, si, en essayant de sauver une femme sur dix — résultat auquel on n'arriverait pas du reste, la désinfection complète de l'utérus par ce moyen n'étant pas réalisable — on ne s'exposait grandement à infecter les neuf autres.

Il est en effet plus difficile encore de faire dans la pratique privée une injection intra-utérine rigoureusement aseptique qu'une injection vaginale.

Il faut se servir d'une sonde, instrument d'une stérilisation malaisée, et l'introduire dans l'utérus en la glissant sur le doigt indicateur placé sur le col; en admettant que la sonde et le doigt soient aseptiques, comment éviter sûrement que le bec de la sonde ne recueille en route, à l'orifice du col ou dans la cavité cervicale, des produits suspects?

L'injection utérine immédiatement après l'accouchement ne peut être tolérée que dans les accouchements anormaux; lorsque par exemple le forceps ou la main ont pénétré dans l'utérus, il est vraisemblable que la cavité utérine n'est plus indemne d'organismes inférieurs; *avant l'injection intra utérine faire une désinfection aussi parfaite que possible de la vulve, puis du vagin :* pour l'injection intra-utérine, s'abstenir du sublimé; le *permanganate de potasse* à 1 p. m. a été proné par Tarnier, mais, si cette substance est un excellent désodorisant, il n'est pas prouvé qu'elle soit un bon antiseptique; l'*eau iodée,* à 2 ou 3 p. m. également recommandée par lui, paraît offrir toute garantie; pour faire la solution, il faut ajouter, de l'iodure de potassium ;on prescrira, par exemple :

Iode.	3 grammes
Iodure de potassium .	6 grammes
Eau distillée	1000 grammes

ou bien

Teinture d'iode . . .	40 grammes
Iodure de potassium .	6 grammes
Eau distillée	1000 grammes.

L'eau iodée est toutefois un produit incommode à manier et coûteux; parmi les substances également recommandables, comme très actives et peu ou point toxiques, signalons encore le *phénosalyl* (1 p. c.), la *microcidine,* ou naphtolate de soude (1 p. 250).

Des solutions médicamenteuses plus anodines, telles que le liquide

de Burow, ou même l'eau salée simple conviendront aussi, puisqu'il s'agit surtout d'exercer une action mécanique.

Toutes ces injections doivent être pratiquées chaudes à la température de 45° à 48°, et en quantité d'un à deux litres au moins.

L'injection intra-utérine sera encore indiquée quand l'enfant naît macéré ou putréfié, et quand le liquide amniotique est infecté.

L'écoulement de méconium dans le vagin ou l'utérus n'est pas par contre une indication, le méconium étant stérile.

Dans la suite des couches, ne procéder à des injections intra-utérines, que s'il survient des signes d'infection.

La fréquence du pouls, l'élévation de la température au-dessus de 38°, l'apparition de frissons sont surtout des signes alarmants.

La situation devient alors critique et autorise l'emploi d'injections antiseptiques énergiques, au sublimé pour le vagin, à l'eau iodée pour l'utérus.

Il ne faut pas cependant se faire d'illusions; si j'en juge d'après l'effet à peu près nul des injections dans les infections chirurgicales, j'estime qu'on a singulièrement exagéré l'efficacité des injections antiseptiques dans les infections puerpérales graves.

Sans doute, tous les accoucheurs un peu occupés ont eu occasion d'observer des cas où une fièvre menaçante en apparence a cédé comme par enchantement après une ou plusieurs injections antiseptiques pratiquées dans l'utérus, mais s'agissait-il d'un début d'une fièvre puerpérale grave, et non pas tout simplement d'une rétention de lochies infectées, et la fièvre n'aurait-elle pas cédé d'elle-même le lendemain ?

Au début, il sera toujours malaisé de faire le départ entre ces deux groupes d'affections d'un pronostic si variable; c'est la raison pour laquelle il sera toujours difficile, sinon impossible, d'apprécier sainement la valeur de telle ou telle médication, qui aurait prétendûment la vertu d'enrayer une fièvre puerpérale commençante.

Nous chirurgiens, nous sommes dans la même perplexité, lorsque nous avons à donner notre opinion sur l'efficacité des moyens opposés à la péritonite post-opératoire.

Il y a tant de phénomènes abdominaux ou autres, qui simulent la péritonite et qui n'en sont pas, que nous avons senti le besoin de créer pour eux le néologisme de péritonisme; or, le péritonisme guérit,

quoi qu'on fasse, mais la péritonite grave généralisée, qui peut se vanter de l'avoir guérie? L'organisme, si la vitalité est puissante, la guérit quelquefois, mais non la thérapeutique.

Les accoucheurs sont-ils plus heureux et guérissent-ils quelquefois l'infection grave, la vraie fièvre puerpérale?

Je l'ignore; mais s'ils y réussissent, ce doit être bien rarement, et, je ne crois pas m'aventurer trop loin en disant qu'il faut chercher à prévenir la fièvre puerpérale avant tout, et non pas se laisser séduire par le vain espoir de la guérir; et pour la prévenir, rien de plus parfait que de laisser s'accomplir tout seul le travail — qui est après tout physiologique — de l'accouchement.

L'antisepsie des couches normales consistera donc simplement dans la désinfection fréquente des organes génitaux externes, dans l'exquise propreté de tout ce qui vient en contact avec la vulve et dans la suppression absolue du toucher.

Ai-je besoin de dire en terminant que les mesures d'antisepsie préconisées dans cet article pour l'accouchement, seront exigées avec la même sévérité dans le cas d'*avortement?*

Quant aux *opérations gynécologiques*, elles ne réclament rien de plus ni rien de moins que toute autre opération chirurgicale, pour être aseptiques; ni les injections désinfectantes du vagin, ni le tamponnement de sa cavité à la gaze iodoformée, préalable à l'intervention, ne me paraissent indispensables, étant donné que le vagin ne récèle pas habituellement de microbes pathogènes.

Dr DANDOIS.

LE CŒUR GRAS ET SON TRAITEMENT.

Les diverses variétés de cœur gras : surcharge ou dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque, sont extrêmement nombreuses.

Dans une étude publiée par la *Presse médicale*, le dr Plicque s'occupe principalement de la plus importante des variétés, de la plus intéressante au point de vue thérapeutique, à savoir de celle qui s'observe journellement chez les obèses ou les goutteux; l'auteur y trouve

comme facteurs étiologiques, l'influence de l'arthritisme fréquemment associée à celle de l'alcool.

Les autres variétés de cœur gras dépendent de causes complexes : elles peuvent être produites par des intoxications aiguës, le phosphore, par exemple; ou chroniques, l'arsenic, l'antimoine, l'éther. Elles peuvent s'observer à la suite des maladies infectieuses : la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale en particulier. Elles peuvent survenir à la suite des cachexies, chez les tuberculeux, les cancéreux, les enfants athrepsiques. Elles peuvent résulter de causes locales et venir compliquer les diverses affections aiguës ou chroniques, endocardites, péricardites, myocardites, qui frappent le cœur. Mais, dans nombre de ces formes, l'infiltration graisseuse n'est qu'un élément accessoire au point de vue anatomique et surtout bien pauvre en indications thérapeutiques.

Pour la direction du traitement, il faut observer que *l'état du cœur constitue tout le pronostic de l'obésité.*

Il est bien rare que le fonctionnement du cœur soit dans l'obésité tout à fait indemne de toute espèce de troubles. Mais ces troubles sont extrêmement variables et changeants. Voici à peu près, telles que Legendre les a bien résumées, les étapes successives de l'état de la circulation chez les obèses : d'abord un peu de dyspnée, à l'occasion des efforts, avec précipitation passagère du pouls; puis, la dyspnée habituelle avec palpitations, anxiété précordiale, accélération constante et faiblesse du pouls; plus tard, arythmie, intermittences, coïncidant avec les signes stéthoscopiques de parésie du cœur et de dilatation de ses cavités droites, asystolie progressive.

Cette marche est surtout celle qu'on observe chez les femmes, les sujets jeunes, atteints d'obésité héréditaire précoce. Chez les sujets qui sont devenus obèses à l'âge moyen de la vie, ou qui sont en même temps alcooliques, l'artério-sclérose, qui a précédé l'obésité ou évolué en même temps qu'elle, donne la note personnelle de surtension du pouls, d'hypertrophie du cœur, d'aortisme. Chez ces derniers, les dangers ne sont pas tout à fait les mêmes que chez les premiers; si, comme ceux-ci, les obèses artério-scléreux peuvent aboutir à l'asthénie cardio-vasculaire avec la mort lente en asystolie, ils succombent plus souvent à des ruptures du cœur, à des accidents d'angor pectoris, à l'urémie, résultant de l'artério-sclérose rénale.

Un fait particulièrement important au point de vue pratique est que les accidents cardiaques graves surviennent souvent à l'occasion de cures d'amaigrissement trop rapides et trop intensives. L'usage des préparations de corps thyroïde doit, à ce point de vue spécial, être surveillé avec beaucoup de prudence. Il n'est pas, actuellement, très

rare d'observer de véritables désastres : mort subite, accidents d'œdème aigu du poumon analogue à l'œdème aigu des aortiques, chez les obèses qui se soumettent, *sponte sua* et sans surveillance, à ce mode de traitement. Les exercices exagérés, qui accompagnent souvent les cures d'amaigrissement peuvent, eux aussi, devenir la source de troubles cardiaques ; la bicyclette, en particulier, est souvent mal tolérée. Outre les accidents aigus, on peut observer des accidents subaigus ou chroniques d'asystolie. C'est souvent à l'occasion d'un rhume — et les obèses ayant subi brusquement un amaigrissement notable sont très susceptibles au moindre refroidissement — que l'énergie du cœur fléchit. Au point de vue des troubles cardiaques, ce sont enfin les femmes parvenues au voisinage de la ménopause qui semblent supporter le plus mal les cures excessives d'amaigrissement.

En ce qui concerne les indications thérapeutiques, *il faut, pour soulager le cœur, débarrasser le malade de son excès d'embonpoint*, mais il faut procéder à l'amaigrissement avec une extrême prudence pour ne pas déterminer l'explosion d'accidents cardiaques graves, remplaçant de simples malaises assez bien tolérés. En réalité, cette difficulté est facilement tranchée avec une surveillance médicale suffisante.

Parmi les moyens de traitement à signaler, d'abord le *régime : long intervalle entre les repas, réduction considérable des liquides, suppression des féculents, des aliments gras, des sucres ;* ce régime est en général sans inconvénients pour le cœur. Tout au plus faut-il ne pas pousser la restriction des aliments jusqu'à produire une faiblesse trop accentuée. Les *boissons légèrement diurétiques :* vin blanc coupé d'eaux alcalines, thé ou café non sucrés, courtes périodes de *régime lacté* intégral, les *laxatifs légers* et surtout les eaux minérales laxatives sont plutôt utiles en cas de troubles cardiaques. La *suppression absolue de l'alcool* et des liqueurs, la *suppression du tabac*, sont, elles aussi, doublement indiquées.

Une question déjà plus embarrassante est celle de l'*exercice* et de l'*hydrothérapie*. Sans doute, un exercice régulier et modéré sera toujours utile, mais il est difficile d'obtenir un résultat contre l'obésité sans pousser cet exercice jusqu'à une certaine fatigue. L'*exercice, pris à jeun*, comme le voulait Hippocrate, aurait une efficacité particulière.

La *réduction des heures de sommeil*, la *suppression de tout somme dans la journée*, l'*exercice passif* produit par le massage, par certaines pratiques de gymnastique suédoise, permettront de réduire l'obésité sans trop surmener le cœur. La *cure de terrain* d'Œrtel, si en faveur en Allemagne et qui consiste à faire des ascensions graduées sur des terrains en pente, est, au contraire, loin d'être sans inconvénient. Le

cœur cède souvent avant que l'entraînement ne soit obtenu. Peut-être le séjour prolongé en plein air est-il ce qu'il y a de meilleur dans ces exercices d'entraînement. La cure d'escaliers, mise à la mode par Franklin au siècle dernier, et qui eut son heure de vogue, réussirait plus mal encore.

Les *bains très chauds*, les bains d'étuves, les bains de vapeur, les bains froids, sont à rejeter chez les obèses cardiaques. Les bains tièdes, et surtout les bains salés tièdes peuvent, jusqu'à un certain point les remplacer. Les *douches* doivent être appliquées avec beaucoup de ménagement.

Reste la question des *préparations thyroïdiennes*, dont l'efficacité contre l'obésité est incontestable, dont l'action sur le cœur est souvent des plus néfastes. L'administration de glande thyroïde crue et fraîche en nature, à dose maxima d'un seul lobe par jour, puis tous les deux jours, est un moyen assez peu pratique. Les tablettes adoptées en Angleterre à la dose de 2 à 3 par jour, sont plus commodes, mais leur activité est extrêmement variable. Quelle que soit la préparation, l'action des produits thyroïdiens doit toujours être surveillée jour par jour. Les symptômes qui annoncent l'intolérance : tachycardie, brillant du regard, dyspnée, sensation de chaleur excessive, sueurs, impatiences, insomnie, tremblement, rappellent beaucoup les accidents du goître exophtalmique.

Quand, chez un obèse, le cœur vient à fléchir soit spontanément, soit au cours d'une cure d'amaigrissement, le meilleur moyen pour obtenir un relèvement rapide consiste dans les *injections de caféine et d'éther*. La *spartéine* est aussi très utile en injections sous-cutanées :

Eau distillée . . . . 50 grammes.
Sulfate de spartéine . . 1 gramme.

Une à deux seringues (2 à 4 centigrammes) dans les vingt-quatre heures.

Elle est particulièrement précieuse pour continuer longtemps à soutenir le cœur. On peut la donner d'une façon presque indéfinie, soit en solution, soit en pilules. (5 à 10 centigrammes par jour en ingestion.)

Les préparations de kola et coca pourront être également employées. Enfin, les *iodures alcalins* sont indiqués contre les lésions artérielles souvent associées à la cardiopathie. Les iodures ont peut-être aussi un effet contre l'obésité.

En fait d'autres variétés de cœur gras, le dr Plicque s'arrête surtout à la *dégénérescence graisseuse si fréquente au cours des diverses affections cardiaques* (lésions valvulaires, endocardites, péricardites chroniques, scléroses du myocarde).

On n'oubliera pas non plus que tous les obstacles au cours du sang, dans la petite circulation, agissent tout d'abord sur le cœur droit pour en produire la stéatose, puis la dilatation; il faut donc appliquer aux *asthmatiques* et aux *emphysémateux* le même traitement qu'aux cardiaques.

Le traitement hygiénique se rapproche beaucoup de celui de l'obésité.

Chez tous les cardiaques, éviter ou combattre l'obésité est une donnée de la plus haute importance.

L'obésité est d'autant plus à craindre que souvent les malades s'astreignent de leur propre inspiration ou par des conseils trop sévères à un repos exagéré. Un des grands mérites d'Œrtel, bien que sa méthode ne puisse être appliquée sans réserve, est d'avoir montré la grande utilité de l'exercice, même poussé assez loin, dans les cardiopathies. La fatigue, à condition d'être amenée progressivement, est peut-être moins dangereuse encore qu'un repos trop absolu. L'entière utilité de tous les autres stimulants de la nutrition, inhalations d'oxygène, massage, excitants cutanés, se comprend aussi d'elle-même. Les règles alimentaires, chez le cardiaque, sont données par le besoin de ménager l'appareil digestif dont les moindres troubles ont sur le cœur une action réflexe si puissante, et de doser au minimum les toxines alimentaires. Mais lui aussi se trouvera bien, comme l'obèse, d'une extrême régularité des garde-robes, de la suppression complète de l'alcool et du tabac. Seule une réduction trop accentuée des boissons pourrait avoir chez lui, au point de vue de la diurèse, des inconvénients. L.

TRAITEMENT DES MALADIES DU CŒUR PAR LA GYMNASTIQUE SUÉDOISE.

On sait que, si les efforts violents et les exercices musculaires prolongés sont manifestement contre-indiqués chez les cardiaques, il n'en est pas de même de la marche et de certains exercices musculaires employés méthodiquement. En 1885, Œrtel avait recommandé trois sortes de moyens : les ascensions graduées sur des terrains en pente, un régime spécial consistant surtout dans la diminution des boissons, enfin des bains de vapeur ou d'étuves, propres à provoquer la sudation.

A côté de la méthode d'Œrtel s'est développée une autre méthode qui ne fait appel qu'à l'exercice musculaire sous forme de pratiques de gymnastique méthodiquement appliquées et dont l'ensemble constitue la gymnastique dite suédoise.

Le dr Barié s'est occupé récemment de cette méthode dans la *Semaine Médicale*.

Le but poursuivi est de faciliter le travail du cœur en augmentant sa force contractile et en diminuant les résistances périphériques.

Pour arriver à ce but, le principe général est de provoquer des contractions des muscles volontaires par des mouvements actifs relativement faibles et lentement renforcés. En agissant de la sorte, on détermine un afflux considérable dans les masses musculaires en activité, dont les artères se dilatent; en même temps le travail de contraction musculaire accélère la circulation dans les vaisseaux capillaires et dans les veines, de sorte que la tension diminue dans les grandes artères, et, avec elle, la résistance aux extrémités contre laquelle le cœur doit lutter. En fin de compte, à la suite de cette sorte de dégagement périphérique, le cœur éprouve à se vider une difficulté moindre; ses contractions deviennent plus complètes, ce qui favorise la circulation et la nutrition du myocarde.

Wander résume l'action de la gymnastique en disant qu'elle détermine les effets suivants :

1° Accélération de la circulation périphérique par l'influence exclusivement mécanique de la gymnastique sur le réseau capillaire et les veines;

2° Action du cœur rendue plus facile par l'abaissement de pression que produisent dans le système artériel la dilatation des artères et la consommation plus grande du sang dans les muscles en activité;

3° Accélération de la circulation pulmonaire, résultant des mouvements respiratoires plus fréquents et plus profonds qui ont lieu à la suite de tout exercice.

Les mouvements mis en œuvre par la gymnastique suédoise sont de deux ordres : les mouvements actifs et les mouvements passifs. Les premiers constituent la partie essentielle dans le traitement des cardiopathies; toutefois il est indispensable, au début du traitement, de commencer par des mouvements passifs.

A. Les *mouvements passifs*, extrêmement nombreux et très variables suivant les cas, sont provoqués chez le malade, tantôt par un praticien ou tout au moins par une personne compétente, tantôt par un système d'appareils installés dans des établissements spéciaux.

Les malades sont traités suivant les cas, tantôt couchés complètement, tantôt dans la position assise ou dans la station debout. Ils sont soumis à une série méthodique de mouvements passifs, qui se répartissent, d'après Wide, en trois groupes principaux :

1° *Pétrissage des muscles*. Appliqué sur les masses musculaires des jambes et des bras, il a pour but de favoriser le retour, vers le cœur, du sang des veines intra-musculaires de la périphérie.

2° *Mouvements de circumduction*. Ce sont les plus aptes à stimuler

la circulation. Ils produisent un allongement et un raccourcissement alternatifs et répétés des veines de la périphérie et de celles qui entourent les articulations mises en jeu.

3° *Mouvements qui favorisent la respiration.* Ce sont : le soulèvement du thorax, l'extension du thorax et les mouvements d'élévation des bras

La pratique des mouvements passifs se complète presque toujours par divers moyens externes appliqués spécialement au niveau de la région précordiale. Ce traitement local comprend spécialement le tapotement à main plate, l'effleurage, les mouvements de hachement et de vibration du thorax.

B. Les *mouvements actifs* sont variables. Les plus employés consistent en mouvements de flexion et d'extension des mains, des pieds, des jambes, des bras.

Il faut commencer d'abord par des mouvements actifs des membres inférieurs, avant d'aborder ceux des membres thoraciques qui produisent quelquefois un certain degré de gêne respiratoire.

La durée du traitement est longue. D'après Wide, elle ne doit pas être inférieure à trois mois en moyenne. Les exercices sont quotidiens et répétés au moins une fois chaque jour, et pendant une heure au minimum.

La cure sera renouvelée chaque année.

Les *indications* de la gymnastique suédoise sont la *dilatation du cœur*, consécutive à une affection valvulaire, et surtout la *polysarcie du cœur*. On peut encore employer cette gymnastique dans la *sclérose cardiaque* et dans les *névroses du cœur* et les *palpitations nerveuses*.

Heinemann à Berlin et Bum à Vienne ont surtout insisté sur les excellents résultats obtenus. L.

—

SUDATION ET HYDROTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ.

La meilleure méthode de traitement de l'obésité serait, évidemment, celle qui aboutirait au résultat désiré sans exiger un changement de régime.

Une telle méthode ne peut consister qu'en ceci : activer la fonction physiologique de la combustion de la graisse.

Tout le monde est d'accord sur ce point que la combustion de la graisse est liée à la fonction des muscles striés et lisses, vu que les déchets produits par contractions musculaires proviennent surtout des matières non azotées. Il va donc de soi qu'en suractivant cette fonction des muscles, on parviendrait à l'amaigrissement, surtout par la décomposition physiologique de la graisse.

C'est un résultat auquel on arrive par la marche et par les exercices de gymnastique suédoise dont nous venons de parler.

Dans une communication récente à l'Académie de médecine de Paris, le dr Winternitz a cherché à établir que pour arriver à mieux utiliser en vue du but poursuivi la suractivité de la fonction musculaire, il fallait recourir à certaines précautions.

Celles-ci consisteraient à mettre en usage, *avant la mise en contraction des muscles*, les pratiques hydriatiques combinées à la sudation bien comprise.

La *sudation* devra précéder la douche ou le bain froid; on la provoque par les emmaillottements secs ou humides, par l'emploi des étuves ou des bains électriques. Ce dernier procédé, peu connu, à l'avantage de faire transpirer avec une température ambiante de 27° seulement, et en cinq à sept minutes.

Après la sudation on applique *l'eau froide* de différentes manières : bains, douches, lotions, bains de piscine, etc., selon la quantité de chaleur que l'on veut soustraire. La réaction, ensuite, est obtenue soit par une marche un peu forcée, soit, s'il s'agit de cardiaques, par la gymnastique active ou passive.

Par ces procédés, l'auteur a obtenu, assure-t-il, des diminutions de poids considérables, jusqu'à quarante-cinq livres en quelques semaines, sans modifier le régime, en conservant les forces et le bon état général ; il est persuadé que c'est la seule vraie méthode physiologique d'amaigrissement. L.

DE LA RÉGULARITÉ DU POULS A L'ÉTAT NORMAL ET DANS LES MALADIES.

Il y a un caractère du pouls qui ne peut guère être constaté qu'au moyen du sphygmographe et qui a été peu étudié du reste; c'est sa *longueur*. Or, dans des recherches faites isolément, Machimowitz et Hüsler sont arrivés l'un et l'autre à constater que *le pouls normal n'est pas mathématiquement régulier*.

Chez des individus parfaitement bien portants et jeunes, il est fréquent de trouver sur une même courbe, prise à l'état de repos du sujet, des différences de deux à quatre dixièmes de seconde pour la durée d'une pulsation, c'est-à-dire des différences représentant le quart, le tiers et même la moitié de la durée d'une pulsation. Même en considérant, non plus deux pulsations quelconques de la courbe, mais deux pulsations immédiatement voisines, on note encore des différences de un dixième de seconde et davantage. Quant à savoir quels sont les facteurs de ces variations, c'est actuellement impossible à dire, il n'y

a aucune périodicité dans la succession des pulsations longues et des pulsations courtes, et l'examen attentif des courbes n'a nullement renseigné Hüsler sur la cause de l'irrégularité normale du pouls.

Machimowitz pense cependant que le pouls est influencé par les mouvements respiratoires; l'inspiration l'accélère et le renforce; l'expiration produit des modifications en sens inverse qui compensent les premières.

Le même a observé que chez les fébricitants, les variations de durée des révolutions cardiaques deviennent beaucoup moindres que chez les individus sains; elles n'atteignent plus que 0,04, c'est-à-dire qu'elles sont environ dix fois plus petites, exception faite, bien entendu, des cas où il existe de l'arythmie proprement dite, cliniquement appréciable.

Il en résulte que les *infections fébriles ont en quelque sorte, sur le pouls, une action régularisante;* celle-ci s'observe à son maximum dans les infections particulièrement graves; on peut voir alors les révolutions cardiaques présenter toutes exactement la même durée; il y a presque proportionnalité entre la gravité de l'infection et la régularité plus ou moins parfaite du rythme du cœur, cette régularité parfaite étant l'indice d'une altération grave du cœur et du système vasculaire (les autopsies faites par Maximowitz lui en ont fourni la preuve).

On voit quelle importance peut avoir, dans l'étude des cardiogrammes et des sphygmogrammes, la mesure exacte de la *longueur des pulsations*.

Certains médicaments tels que la digitale, le strophantus, la convallaria, le chloral, la morphine régularisent eux aussi les battements du cœur; mais tandis que ces médicaments, pris à dose thérapeutique même pendant longtemps, sont bien supportés et ne nuisent pas à la santé, au contraire, les infections fébriles prolongées déterminent des troubles de nutrition et des modifications pathologiques dans les vaisseaux, le myocarde et les autres organes.

La tachycardie contribue du reste à régulariser le pouls : c'est ainsi que le travail musculaire chez les gens bien portants régularise le pouls en même temps qu'il l'accélère.

Hüsler a constaté de son côté ce point intéressant, c'est que *les maladies chroniques même prolongées ne semblent pas avoir d'influence sur la régularité du pouls;* il a suivi des malades, notamment des phtisiques, chez qui à aucun moment le pouls n'est devenu arythmique et à l'autopsie desquels on trouvait un cœur atrophié et graisseux.

Ce fait est à rapprocher de faits semblables observés par le d^r^ Jaquet

chez des typhiques, des pneumoniques, des érysipélateux, qui peuvent mourir de myocardite en conservant jusqu'à la fin un pouls parfaitement régulier.

Par conséquent, une maladie générale grave, lors même qu'elle retentit sur le myocarde, ne suffit pas pour rendre le pouls arythmique : le cœur conserve, malgré tout, une tendance très marquée à la régularité de son rythme; pour que l'arythmie se produise, il faut qu'interviennent en plus d'autres éléments encore très mal connus.

Hüsler a étudié aussi *le rythme du pouls chez les cardiaques*. Ceux-ci se rangent en deux catégories, suivant qu'ils ont ou non de l'arythmie.

Les premiers ont tous présenté à l'autopsie, outre des lésions valvulaires et orificielles, une myocardite interstitielle plus ou moins marquée avec ou sans artério-sclérose des coronaires. L'arythmie observée était une arythmie persistante, non influencée par le repos ou les médicaments; on a noté entre les pulsations qui se suivaient immédiatement des différences de durée de trois à cinq dixièmes de seconde; quand les variations n'atteignaient pas ces chiffres élevés, on observait néanmoins, et d'une façon constante, entre les pulsations consécutives des petites différences de 0 s. 1 à 0 s. 2.

Une deuxième série de malades observés par l'auteur est formée de cardiaques non arythmiques; elle comprend non seulement des cardiaques à lésions compensées, mais encore des *asystoliques* avec œdème, dyspnée, palpitations. Seulement ici une remarque est nécessaire ; *très souvent, chez les asystoliques, en prenant le pouls, on croit à de l'arythmie alors que les tracés montrent une assez grande régularité* : c'est l'inégalité des battements du cœur qui donne le change, beaucoup de pulsations étant avortées et arrivant à la périphérie peu ou pas perceptibles.

En résumé, il faut noter ce point intéressant et d'observation générale, c'est que *le cœur tend à rester régulier, à conserver son rythme ordinaire, malgré des lésions graves de l'appareil valvulaire, malgré l'asystolie*. Les causes de l'arythmie sont par conséquent difficiles à préciser; on peut invoquer la myocardite, certaines névroses du cœur; ce qui complique la question, c'est l'absence de criterium actuel pour distinguer un pouls légèrement arythmique du pouls normal qui est irrégulier. L.

TRAITEMENT DES DIARRHÉES CHRONIQUES CHEZ LES ENFANTS.

Dans son étude, publiée par la *Médecine moderne*, le prof. Hutinel divise le sujet en quatre chapitres.

I. *Diarrhées persistantes des enfants nourris au sein.* Dans les

premiers mois de la vie, survient quelquefois une *diarrhée verte, biliaire*, sans fièvre ni vomissements; l'état général de l'enfant n'est souvent pas impressionné, mais les digestions sont pénibles, accompagnées d'émissions gazeuses et de météorisme abdominal. Il suffit souvent de *changer de nourrice* pour voir ces accidents disparaître. Cette diarrhée verte biliaire des premiers mois de la vie n'est pas inquiétante tant que l'enfant augmente de poids, mais il faut la combattre si l'enfant dépérit, car elle mènerait à l'athrepsie ou à une infection grave.

Le traitement sera celui des dyspepsies simples : *régler les tétées* et les éloigner s'il est nécessaire, en surveiller la durée et l'abondance; cesser le lait stérilisé si l'enfant est à l'alimentation mixte. Donner de l'*eau de Vichy* ou l'*eau de chaux* par cuillerée à café cinq à dix minutes avant chaque tétée. Au besoin avoir recours à la *craie*, associée ou non au *bicarbonate de soude* ou à la *magnésie*; parfois on donnera du *sous-nitrate* ou du *salicylate de bismuth*, du *benzo-naphtol* ou du *phosphate de chaux* : on peut aussi avoir recours au *tanin*, ou au *tannigène*, par prises de 15 à 20 centigrammes trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. De loin en loin on donnera 2 à 5 centigrammes de calomel, ou une petite dose d'*huile de ricin* ou de magnésie, si on craint l'infection.

II. *Diarrhées persistantes des enfants nourris au biberon.* Ces diarrhées résultent généralement de la mauvaise qualité du lait ou de son mode d'administration qui est défectueux. La première indication à remplir est de *modifier l'alimentation* : donner une nourrice, s'il est possible, et régler les tétées. Si cela est impossible, on donnera du *lait stérilisé*, coupé si les selles sont trop compactes et trop grasses; on peut le saler légèrement : éloigner les repas, et éviter qu'ils ne soient trop copieux; l'alimentation sera plutôt insuffisante qu'exessive. Au-dessus de 8 à 10 mois, si les selles sont liquides et abondantes, on obtiendra souvent de bons résultats de la *viande crue*.

Quelques minutes avant les repas on donnera une cuillerée à café d'*eau de Vichy*, quelques centigrammes de *bicarbonate de soude*, une pincée d'une poudre composée, à parties égales, de bicarbonate de soude et de *craie*, un peu de carbonate de magnésie ou de *magnésie* associée au benzo-naphtol, etc. Après le repas on peut donner une faible dose de pancréatine ou de papaïne, ou mieux la *limonade chlorhydrique*.

Si les selles restent liquides malgré le changement de régime, du *phosphate de chaux*, les préparations de *bismuth*, le tannigène, parfois le *nitrate d'argent* sont indiqués.

III. *Diarrhées chroniques chez les enfants sevrés.* Ces diarrhées

sont occasionnées par une alimentation défectueuse; pour les guérir, *revenir à l'alimentation exclusivement lactée;* ne donner que du lait stérilisé ou bouilli, à intervalles réglés. Au lait on ajoutera d'abord de l'eau de chaux, de l'eau de Vichy ou du sel, puis plus tard des farines. On pourra, si le lait échoue, essayer le kephir et la viande crue.

L'acide chlorhydrique produit de bons effets ainsi que les eaux de Carlsbad, de Plombières.

Quand la diarrhée résiste au changement de régime, recourir aux médicaments indiqués déjà : *tanin et ses dérivés, poudres absorbantes;* puis l'*opium*, mais à très petites doses et associé à une poudre absorbante.

Les *moyens externes :* bains salés, frictions stimulantes, massage de l'abdomen, sont souvent utiles.

Au cours de ces diarrhées on devra fréquemment avoir recours aux *laxatifs légers :* calomel à petites doses, et purgatifs salins. On se trouvera souvent très bien d'un changement d'air.

IV. *Diarrhées chroniques des enfants déjà grands.* Entre 5 et 15 ans, on rencontre de ces diarrhées dont la cause première est due à un trouble de la fonction stomacale.

La guérison est souvent longue à venir : commencer par *modifier* l'*alimentation.* Le lait est souvent mal toléré, de même que la viande crue.. Les potages très cuits, épais et dégraissés, les purées de légumes secs, le riz, le macaroni, les pâtes, les œufs à la coque, les viandes très cuites et tendres réussissent mieux : l'*acide chlorhydrique* est généralement utile.

Tous les matins, pendant un certain temps, on donnera une légère dose d'*eau laxative* ou un *sel neutre* (sulfate de soude, sulfate ou nitrate de magnésie) et on administrera ensuite, avant chaque repas, une petite dose d'*opium.* Le *phosphate de chaux* (décoction blanche ou glycérophosphate) est aussi nettement indiqué, ainsi que les eaux minérales indiquées plus haut. L.

ALIMENTATION PAR LES FOSSES NASALES.

Le d[r] Desfosses étudie, dans la *Presse médicale*, le cathétérisme de l'œsophage pratiqué par les fosses nasales en vue de déverser dans l'estomac des liquides alimentaires.

Indications. — Le cathétérisme de l'œsophage par les fosses nasales s'emploie surtout *chez les aliénés qui refusent toute alimentation ;* c'est pour éviter l'ouverture forcée de la mâchoire, souvent difficile et dangereuse, qu'il est préférable, dans ces cas, de recourir à la voie

nasale, On a recours également à cette voie *chez les malades qui ont subi des opérations sur la bouche*, telles que : résection des maxillaires, suture du maxillaire inférieur, ablation de la langue pour néoplasme, etc. La *constriction des mâchoires*, quelle qu'en soit la nature, peut amener à recourir à ce moyen, qui est le procédé de choix dans tous les cas où il faut alimenter un malade qui, pour une raison quelconque, ne peut ouvrir la bouche.

Disons qu'il y a aussi des sujets, par exemple des *enfants indociles*, chez qui ce procédé d'alimentation peut être indiqué, parce qu'ils ne veulent pas ouvrir la bouche.

Appareil. — *La sonde œsophagienne* destinée à être introduite par les fosses nasales, doit présenter plusieurs qualités : souplesse et flexibilité alliées à une certaine rigidité, dimensions appropriées : trop étroite elle permettrait difficilement le passage des liquides, trop volumineuse elle ne franchirait pas les fosses nasales ; les parois doivent en être lisses, les aspérités blesseraient la muqueuse.

L'extrémité inférieure doit se terminer par deux ouvertures latérales ; l'extrémité supérieure doit être évasée pour permettre d'y adapter facilement un entonnoir. La longueur de la sonde est d'environ 90 centimètres, un diamètre commode est celui de 6 millimètres. Autrefois on se servait volontiers d'une seringue pour injecter le liquide dans la sonde, il est plus simple d'employer un *entonnoir* de verre de 500 grammes ou de un litre de capacité. On l'adaptera directement au pavillon de la sonde.

Liquides à introduire. Un adulte peut être suffisamment nourri à l'aide de deux cathétérismes par jour, introduisant chaque fois un litre de liquide dans l'estomac. Comme le goût n'entre pas en jeu, on n'a point à se préoccuper de la saveur du mélange. On prend habituellement du *lait* et du *bouillon*, auxquels on incorpore du *chocolat*, des *jaunes d'œufs*, voir même une ou deux cuillerées d'huile de foie de morue. On peut y joindre du vin ou quelques cuillerées de rhum ou de cognac. L'important est que le mélange, tout en étant nourissant, soit bien liquide, bien homogène et ne contienne pas de grumeaux qui puissent oblitérer les yeux de la sonde. Un des mélanges le plus souvent employé est le suivant :

Lait	1 litre.
Jaune d'œuf	n° 2

M. s. a.

Le mélange du vin au lait a l'inconvénient de produire des grumeaux.

Le liquide devra être administré à la *température de* 36° ou 37°. Si le malade a des vomissements, il sera facile de donner le liquide glacé.

Le régime alimentaire doit varier suivant les indications spéciales ; il n'y a aucun inconvénient à mélanger au liquide alimentaire les médicaments que l'on désire faire prendre au malade.

Bien que les aliments ne soient pas soumis à l'influence directe de la salive, ils sont, en général, très bien digérés ; on a pu nourrir des aliénés pendant plusieurs mois par cette méthode.

Manuel opératoire. — Avant toute tentative d'introduction de la sonde, il est absolument indispensable de prendre les moyens d'*assurer l'immobilité du malade*. L'aliéné sera revêtu de la camisole de force, ses jambes seront ligotées, un aide spécial maintiendra la tête fortement entre ses mains; si c'est un opéré sain d'esprit, l'aide pour maintenir la tête suffit, mais il est toujours nécessaire. Le malade sera assis ou couché, selon les préférences de chaque opérateur; chacune de ces positions a ses avantages.

La route que doit parcourir la sonde est la suivante : introduite par une des narines, elle suivra le plancher des fosses nasales, arrivée à la face postérieure du voile du palais, elle se coudra à angle droit pour suivre la paroi postérieure du pharynx et, après avoir évité l'orifice supérieur du larynx, grand écueil, elle descendra d'elle-même dans l'œsophage.

Avant l'opération, il est utile d'assouplir entre ses doigts l'extrémité terminale de la sonde, de l'arquer légèrement pour que, en arrivant au contact de la paroi postérieure du pharynx, elle se recourbe plus facilement. La sonde sera lubréfiée avec de l'huile dans toute son étendue.

Ces préparatifs faits, *on prend la sonde légèrement entre le pouce et l'index, on l'introduit dans une des narines et on la fait glisser sur le plancher des fosses nasales*. Si du côté choisi il existe un rétrécissement congénital ou une déviation de la cloison, et que la sonde éprouve des difficultés, il faut s'adresser à la narine du côté opposé. En général, la sonde pénètre très facilement et vient buter contre la paroi postérieure du pharynx.

Il faut que la sonde, poussée doucement mais avec insistance, se recourbe ensuite à angle droit et descende; la courbure que l'on a donnée à l'extrémité de la sonde facilite cette descente. Si le malade est conscient, il faut lui dire d'avaler sa salive; les mouvements de déglutition facilitent la progression de la sonde qui, ordinairement, descend d'elle-même dans l'œsophage, sans occasionner trop de nausées.

La sonde une fois introduite dans toute sa longueur, on verse doucement le liquide alimentaire dans l'entonnoir, que l'on vient d'adapter au pavillon de la sonde. Le liquide descend par son propre

poids. Quand tout a passé et bien complètement passé, *il faut avoir soin de fermer le pavillon de la sonde avec le pouce pendant qu'on la retire.* Si le pavillon de la sonde restait ouvert, le liquide contenu encore dans la sonde s'écoulerait peu à peu et pourrait, à un moment donné, pénétrer dans le larynx.

Accidents et complications. — Tout ne se passe pas toujours aussi bien; on peut se trouver en présence de malades récalcitrants et on peut avoir à lutter contre des obstacles.

Inconvénients de l'opération. — La traversée des fosses nasales est facile. Le seul accident à craindre c'est l'*épistaxis* occasionné par des déchirures de la muqueuse ou des cornets; cet épistaxis n'est presque jamais important.

Le temps difficile est le second temps. La sonde arrivée au niveau du pharynx, butte contre la paroi postérieure et n'avance plus; que faire? Insister d'abord avec douceur, éviter la violence, retirer la sonde et la recourber davantage avant de la réintroduire. La patience triomphe de cet obstacle et la sonde descend; elle arrive au niveau de l'orifice supérieur du larynx. Le malade a des nausées, lutte, fait des efforts et réussit parfois à amener la sonde dans sa bouche et à la couper avec ses dents. Dès qu'on s'aperçoit que la *sonde vient dans la cavité buccale*, il faut la retirer : c'est un incident sans importance. Le grand danger, c'est l'*introduction de la sonde dans les voies aériennes;* ordinairement on se rend compte tout de suite de l'erreur : le malade qui vociférait devient subitement aphone et prend une teinte asphyxique. Il suffit alors de retirer la sonde de quelques centimètres et de faire une seconde tentative pour trouver la bonne voie. Quand on se trouve en présence d'un malade dans le coma ou qui a de l'anesthésie de la muqueuse pharyngo-laryngée, il peut se faire que la sonde pénètre dans la trachée sans qu'on soit averti. Il faut donc, dans tous les cas, s'assurer, avant de verser le liquide, que la sonde n'est pas dans la trachée mais bien dans l'œsophage. Si le malade crie ou cause nettement, aucun doute à avoir; dans le cas de mutisme, on s'apercevra que la sonde est dans la trachée à ce qu'il s'en échappe de l'air pendant les mouvements d'expiration; le passage de l'air dans la sonde produit un bruit caractéristique. La sonde dans l'œsophage peut donner passage à quelques gaz, mais leur issue est irrégulière et ils sont odorants. Pour plus de sûreté, en cas de doute, on peut recourir à de petits moyens : fermer avec le doigt le pavillon de la sonde et le malade complètement privé d'air devient asphyxique; présenter à l'orifice de la sonde une allumette en ignition dont la flamme sera déviée, si la sonde est dans la trachée; injecter quelques gouttes d'eau qui provoqueraient la toux, si elles descendaient dans le larynx.

En réalité, avec de la patience et de l'habitude on réussit, dans l'immense majorité des cas, à faire le cathétérisme de l'œsophage avec une simple sonde nasale.

Comme accident très rare, on a observé la blessure ou la perforation de pharynx et un phlegmon consécutif.

Le cathétérisme est très peu douloureux, le passage de la sonde détermine des nausées désagréables plutôt que de véritables souffrances. Les dangers mis à part, l'alimentation par les fosses nasales est bien supportée et peut être continuée sans inconvénient pendant plusieurs mois. Le cathétérisme pratiqué deux et trois fois par jour est préférable à la sonde œsophagienne à demeure.

Chez les opérés on continuera cette alimentation jusqu'à cicatrisation complète de la plaie; chez les aliénés, il est rare qu'au bout de quelque temps les conceptions morbides ne changent point; comprenant l'inutilité de leurs efforts pour éviter l'alimentation forcée, ils se remettent d'eux-mêmes à l'alimentation spontanée. L.

HUILE D'OLIVE DANS LA COLIQUE HÉPATIQUE ET LA LITHIASE BILIAIRE.

Lé dr Barth est revenu, dans la *Semaine médicale*, sur le traitement de la colique hépatique et de la lithiase biliaire par l'ingestion d'huile d'olive à haute dose, traitement dont l'efficacité a été démontrée par bon nombre d'observations.

Le mode d'action du remède a même été en partie élucidé. Il faudrait d'abord et surtout faire intervenir l'*action directe de l'huile*.

Quand un volume considérable (100 ou 200 centimètres cubes d'huile d'olive) est versé dans l'estomac d'un malade en proie à la colique hépatique, l'estomac vide et animé de contractions spasmodiques a tôt fait de répandre le liquide onctueux sur toute sa surface interne et d'en chasser une partie dans le duodenum : aussitôt l'action lubrifiante de l'huile se fait sentir sur la muqueuse irritée, et, par voie réflexe, met fin au spasme qui forme l'élément principal de la crise. Ainsi s'expliquent les faits rapportés par Willemin et par d'autres observateurs, dans lesquels l'ingestion d'un verre d'huile a enrayé l'accès comme par enchantement, aussi vite qu'aurait pu le faire une injection de morphine.

Une fois arrivée dans le duodenum, l'huile entre en contact direct avec l'orifice de l'ampoule de Vater. Si les voies biliaires sont perméables, elle ne peut pénétrer dans le canal cholédoque, parcouru par un courant descendant, mais il en est autrement quand un calcul

enchatonné dans le conduit a supprimé le cours de la bile : alors la capillarité entre en jeu et doit permettre au liquide huileux d'imbiber la muqueuse du conduit et de remonter jusqu'au corps étranger arrêtéd'ordinaire à quelques millimètres seulement de l'orifice.

Qu'arriverait-il ensuite? On a prétendu que l'huile ne peut dissoudre des calculs de cholestérine; on a cependant vu des calculs biliaires perdre notablement de leur poids dans un bain d'huile d'olive à la température du corps.

D'autres auteurs font toutefois intervenir, au lieu de l'action directe l'*action de l'huile après son absorption* Pendant son séjour dans le canal intestinal, l'huile subit l'action des sucs digestifs, elle se dédouble en acides gras et glycérine; une partie incomplètement saponifiée est expulsée sous la forme de concrétions olivâtres que l'on a prises parfois pour des calculs et qui ne sont autre chose qu'une matière grasse riche en palmitine et en acide palmitique libre; le reste est absorbé et passe dans la circulation. Or, cette élaboration digestive est accompagnée d'une sécrétion très abondante de bile liquide, qui commence environ trois quarts d'heure après l'ingestion de l'huile et qui persiste encore trois heures plus tard. Rosenberg croit que ce phénomène est d'ordre réflexe. Stewart et Ferrand croient au contraire qu'il est dû au passage à travers le foie de la glycérine et des acides gras formés dans l'intestin et absorbés. Ferrand a même proposé de substituer la glycérine à l'huile dans le traitement de la colique hépatique.

Quoi qu'il en soit, l'afflux de la bile en abondance à travers les voies biliaires peut contribuer à favoriser la progression des calculs et leur évacuation vers l'intestin. Cette hypersécrétion a pour effet également de balayer les voies intra-hépatiques, d'expulser les bouchons muqueux, les amas épithéliaux, le sable biliaire.

La dose d'huile à faire prendre quotidiennement est de 150 à 200 grammes; elle doit être prise le matin à jeun, en une seule fois; on l'aromatise à l'aide de quelques gouttes d'essence d'anis. L.

—

MÉDICATION OVARIENNE.

Nous avons précédemment résumé les diverses communications tendant à établir l'utilité de l'extrait d'ovaires de vaches, décoré du nom d'*oophorine*, pour combattre les divers symptômes qui, chez la femme, peuvent être attribués à une insuffisance ou à un défaut de fonctionnement des glandes ovariennes.

Dans un article publié par le *Journal d'accouchements*, le d[r] Jacobs déclarait qu'il avait pu réunir jusqu'à ce jour, 81 observations

personnelles ou communiquées par des confrères. Il les classe de la manière suivante : 7 cas d'atrophie génitale (avec aménorrhée, 1 insuccès et 6 succès; 2 cas de neurasthénie, 2 insuccès; 10 cas de dysménorrhée, 1 échec et 9 succès; 8 cas d'anémie avec aménorrhée, 8 succès; 44 cas de troubles de la ménopause post-opératoires, 42 succès, 1 échec, 1 cas pas suivi; 6 cas d'accidents dus à la ménopause naturelle, 6 succès.

Entre autres faits, Jacobs attire l'attention sur l'histoire d'une femme de vingt-deux ans, atteinte d'atrophie génitale congénitale, et n'ayant jamais été réglée; elle prit de l'oophorine; dès la fin du premier mois, la menstruation se manifesta, et, depuis, elle a persisté régulière; cette observation prouve que la suggestion ne saurait être invoquée, dans tous les cas, pour expliquer les succès enregistrés.

Au cours de ces mêmes expériences, l'auteur a constaté que l'action de l'ovarine est d'autant moins efficace que la personne est plus jeune et que l'opération est de date plus ancienne; mais, en revanche, lorsqu'il s'agit d'une femme dont l'âge approche de la quarantaine, l'influence exercée par le traitement ovarien sur les accidents de la ménopause naturelle ou artificielle est des plus évidentes; Jacobs a encore remarqué que ces sortes d'accidents ne se manifestent pas si l'on a eu soin d'administrer de l'oophorine immédiatement après l'opération et cela même chez les femmes jeunes.

L'auteur n'hésitait pas à conclure que l'hypo-fonction de la glande ovarienne, opératoire ou non, a immédiatement comme résultante, dans l'organisme, une hyperexcitation nerveuse générale qui se traduit par toute la série des symptômes que l'on réunit sous l'étiquette des troubles de la ménopause. L'extrait ovarien, dans ces cas, présenterait, en quelque sorte, la valeur d'une thérapeutique spécifique.

L.

—

TRAITEMENT DES ARTHRITES TUBERCULEUSES PAR LA STASE VEINEUSE.

Nous nous sommes occupé à plusieurs reprises déjà de la méthode de traitement des arthrites tuberculeuses, appelée du nom de son inventeur, *méthode de Bier*; proposée en 1892, cette méthode a été employée depuis avec un résultat variable; nous y avons eu recours nous-même plusieurs fois, sans arriver à nous faire une opinion sur son efficacité; disons cependant que dans un cas d'arthrite blennorrhagique du poignet, elle nous a paru avoir un effet utile très appréciable.

On sait que le principe de la méthode de Bier consiste dans la sus-

pension momentanée, presque complète, du courant sanguin dans le membre malade, ou tout au moins dans une stase veineuse intense.

Voici exactement comment on procédera, si on veut y recourir :

On entoure d'une couche d'ouate la partie du membre immédiatement au-dessus de l'articulation sur une hauteur de 8 à 10 centimètres. Une certaine compression graduelle s'opère d'abord sur le membre par le tassement de l'ouate et permet d'exercer une compression excessivement forte qui, faite brusquement, eût été insupportable. Cette compression est opérée au moyen d'une bande élastique ou de toile solide, de façon à déterminer, dans toute la partie du membre située au-dessous, un arrêt presque complet du courant sanguin ; la peau devient violacée, presque noire.

La première séance dure 5 à 6 minutes et doit être suivie, tous les jours ou tous les deux jours, de séances de plus en plus longues, sans dépasser vingt minutes.

Dans l'intervalle des séances, on entoure l'article d'ouate, puis d'un appareil, de façon à obtenir une certaine *compression*, à assurer une *demi-immobilisation* et surtout à procurer à la partie malade une température élevée et constante.

Tous les jours ou tous les deux jours, on fait prendre *un bain local d'eau chaude* à 50°, d'une durée de vingt à trente minutes. Ces bains contribuent puissamment à la diminution de la tension des tissus, de l'œdème, ils accélèrent la circulation et par là tendent à débarrasser l'articulation de ses exsudats et à augmenter l'activité nutritive des tissus. Pour les articulations comme le genou, le bain est remplacé par l'application de compresses de tarlatane, de dix à quinze doubles, trempées dans l'eau chaude et recouvertes de taffetas gommé.

Plus tard, quand toute inflammation aura disparu depuis longtemps déjà, le *massage* sera mis en œuvre pour rendre au membre tous ses usages.

Lorsque la compression est moins forte, elle peut être prolongée plus longtemps.

Parmi les cas divers soumis à la méthode avec succès, nous citerons pour mémoire ceux publiés par le d^r Ignatoff.

L'un de ses malades avait une ténosite tuberculeuse dans les gaines des longs extenseurs du dos du pied. Comme il ne consentait pas à une amputation de la jambe, l'auteur essaya la méthode de Bier. On plaça à la hauteur du tiers supérieur de la jambe sur une couche mince d'ouate une bande élastique. Pendant les trois premiers jours la constriction n'était que faible et la bande n'était laissée en place que pendant trois à huit heures. Les jours suivants on serrait plus fortement la bande et on la laissait en place selon la sensibilité du

du malade de douze à seize heures. En même temps suralimentation malade. Au bout de deux mois on cessa de bander la jambe et on fit du massage du pied et de la jambe. Guérison après quatre mois.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'une tumeur blanche du genou. Application de la bande élastique au tiers inférieur de la cuisse. Guérison après quatre mois de traitement.

Troisième cas : tuberculose du tibia de la jambe gauche. La résection partielle avec curettage des foyers tuberculeux était restée sans succès. Guérison complète par la méthode de Bier.

Dans le quatrième cas il s'agissait d'un malade qui souffrait d'une suppuration tuberculeuse depuis quatorze mois après une opération ostéoplastique de Pirogoff. La plaie se ferma au bout de deux mois de compression à l'aide d'une bande élastique. L.

—

RÉFLEXES CORNÉEN ET PUPILLAIRE PENDANT LA CHLOROFORMISATION.

L'observation attentive des réflexes cornéen et pupillaire fournit un moyen très commode et sûr au chloroformisateur pour se mettre à l'abri d'accidents; il est basé sur les phénomènes suivants, que le dr Augé vient de mettre en relief dans sa thèse :

Pendant la période d'excitation, le réflexe cornéen est conservé et la pupille est dilatée.

Pendant la période d'anesthésie, il y a deux phases à considérer.

On observe dans la première : l'abolition du réflexe cornéen et le resserrement de la pupille qui devient punctiforme;

Dans la seconde, à la période de collapsus, le réflexe cornéen est toujours aboli et la pupille s'est dilatée brusquement.

Sans entrer dans les théories on peut conclure que la cornée est l'*ultimum moriens* dans l'anesthésie chloroformique et que la syncope n'est pas loin quand la pupille jusque-là punctiforme vient à se dilater brusquement. On déduira donc de là que l'anesthésie ne sera obtenue qu'après l'abolition du réflexe cornéen et que l'on devra éviter la dilatation brusque de la pupille. Ce sont les limites où doit rester la chloroformisation.

Pour obtenir l'anesthésie, il suffit en général de constater que le réflexe cornéen est aboli; *mais on pourra sans aucun inconvénient pousser l'anesthésie jusqu'au moment où la pupille devient punctiforme;* c'est un degré plus avancé en quelque sorte del'anesthésie, dont on peut avoir besoin, mais il ne faut pas aller au-delà; c'est la limite maximum.

Comment poursuivre ensuite l'observation?

La pupille étant punctiforme :

Ou bien, elle va rester telle jusqu'à la fin de l'anesthésie, et c'est ce qu'on doit chercher à réaliser :

Ou bien, elle va se dilater; or, elle peut se dilater de deux façons : *Graduellement* ou *brusquement.*

Dans le premier cas, le malade se réveille; dans le second cas, le malade est en imminence de syncope.

C'est dans la différenciation de ces deux états de la pupille que le chloroformisateur doit mettre toute son attention.

Donc, pour résumer, lorsqu'on veut une anesthésie profonde, une fois qu'on a obtenu l'abolition du réflexe cornéen, on doit concentrer son attention sur l'état de la pupille.

A ce moment la pupille est encore dilatée.

1° Continuer l'administration goutte à goutte jusqu'à ce que la pupille devienne punctiforme.

2° Dès l'instant où cette modification se produit, suspendre le chloroforme.

Tant que la pupille reste punctiforme, l'anesthésie persiste.

Au bout de quelques instants la pupille se dilate graduellement, tendant à ses dimensions normales, *signe de réveil.*

Recommencer l'administration du chloroforme jusqu'à ce qu'elle redevienne punctiforme. Puis cesser... et ainsi de suite.

Si, par inattention, on continuait à donner le chloroforme (la pupille étant redevenue punctiforme depuis quelques instants), on verrait la pupille *se dilater tout à coup à son maximum : imminence de syncope.*

Cesser le chloroforme, enlever la compresse ou le cornet et faciliter la respiration par tous les moyens. L.

L'ASEPSIE DES MAINS EN CHIRURGIE.

Cette question si importante et si souvent traitée dans la littérature médicale vient de s'enrichir d'une nouvelle contribution, due à W. Poten, de Hanovre. Bornons-nous à enregistrer les points essentiels d'après l'analyse de l'œuvre originale dans la *Ther. Monatshefte*, n° 12, 1897.

Dans une première épreuve Poten s'est efforcé d'obtenir l'asepsie des mains par le lavage à l'eau chaude, au savon et à la brosse. L'auteur n'est pas parvenu dans des expériences répétées, malgré le temps dépensé au brossage (jusque 30 minutes), malgré le renouvellement fréquent de l'eau (stérilisée), malgré l'emploi simultané de sable, de cendres, de savon noir, de soude, à obtenir l'asepsie des doigts. Ces

expériences concordent du reste avec celles de plusieurs autres chercheurs.

Il est évident qu'on ne peut pas conclure de là que le brossage au savon n'est pas indispensable. Il est même possible que dans beaucoup de cas de la pratique ces opérations peuvent suffire, sans pour cela produire l'asepsie des mains. Le lavage ou le brossage des mains, à l'aide d'une solution de sublimé à 1 °/₀₀ après le lavage au savon, donnèrent sensiblement le même résultat.

L'auteur a soumis à un nouveau contrôle les expériences de Reinicke qui le premier a appelé l'attention sur la valeur du brossage à l'aide de l'alcool après un lavage préalable au savon. Cette épreuve exécutée sur une grande échelle permit de constater l'absence complète de germes dans la moitié des essais et leur diminution considérable, comparativement aux expériences précédentes, dans l'autre moitié

L'explication de ces faits ne se trouve pas, d'après l'auteur, dans l'action exercée par l'alcool sur les cellules épidermiques qui se traduit par une espèce de ratatinement de ces éléments, capable d'entraver l'exfoliation ultérieure des lamelles épidermiques. Pas plus ne faut-il chercher la cause dans l'action antiseptique de l'alcool.

Le vrai motif, pour lequel le brossage à l'alcool donne les meilleurs résultats pour l'asepsie des mains, gît dans le *pouvoir dissolvant* de l'alcool sur la couche graisseuse des mains. La disparition de cet enduit gras permet l'enlèvement mécanique des lamelles épidermiques peu adhérentes avec les bactéries qu'elles renferment. C'est pour ce motif que la simple *immersion* des mains dans l'alcool demeure sans résultat. L'éther ne jouit pas des mêmes avantages parce que sa grande volatilité et le fait qu'il ne se mêle pas à l'eau restreignent son action sur la peau.

Il n'est pas nécessaire, comme on le croyait autrefois, de recourir à l'alcool concentré. Poten obtint les mêmes résultats en employant l'alcool dilué à égal volume d'eau qu'avec l'alcool absolu.

L'énergie, avec laquelle le brossage est exécuté, a la même importance pour l'alcool que pour le brossage à l'eau savonneuse.

Dr E. LONCIN.

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA.

E. Saalfeld, dans la *Ther. Monatshefte*, 1897, n° 10, se loue beaucoup d'un traitement humide prolongé. Dans ces derniers temps il a remplacé l'eau blanche et la solution boriquée dont il se servait exclusivement jusqu'ici, par des enveloppements avec du thé de camo-

mille, et cela au grand avantage de ses patients. En cas de prurit intense, il faut laisser à la sensibilité du malade le choix entre les applications froides, tièdes ou chaudes. D'après l'expérience de l'auteur, ce seraient les dernières qui seraient surtout efficaces contre le prurit.

Ce traitement a l'avantage d'être peu coûteux et sans danger d'intoxication, à l'inverse du traitement à l'eau de plomb. On a observé plusieurs cas d'intoxication plombique à la suite de l'usage externe de préparations plombiques. Dr E. L.

—

TRAITEMENT DE L'ACNÉ.

Le Dr Heidenheim rapproche du traitement précédent le traitement de l'*acné* par les applications humides. Il se sert depuis longtemps avec un succès extraordinaire du traitement suivant : compresses d'une solution faible de lysol (une cuiller à thé sur 1/2 à 1 litre d'eau) à appliquer sous une enveloppe imperméable; renouveler 2-3 fois en 24 heures; poursuivre l'application pendant 2-3, parfois 6 jours. Dr E. L.

—

URTICAIRE CHRONIQUE.

Le Dr Sawyer recommande l'usage interne du nitrite de soude (2-3 fois par jour 0,06), partant de l'idée qu'il s'agit dans cette affection d'une angionévrose. Il obtint dans deux cas la disparition du phénomène durant la médication; mais les symptômes reparurent à la cessation du remède. Dr E. L.

—

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS.

M. Pinard recommande pendant toute la durée de la grossesse l'emploi de l'une ou l'autre prescription suivante, à la dose de deux cuillerées à soupe par jour : une au déjeuner et une au dîner.

I.	Sirop simple	300	grammes.
	Biiodure d'hydrargyre	10	centigrammes.
	Iodure de potassium	10	grammes.
II.	Biiodure d'hydrargyre	10	centigrammes.
	Iodure de potassium	10	grammes.
	Eau de menthe	20	»
	Eau distillée	250	»

Ces formules seraient plus actives que le sirop de Gibert, elles seraient en outre beaucoup mieux tolérées et ne donneraient lieu à aucun trouble digestif. H.

—

LE VERATRUM VIRIDE DANS L'ÉCLAMPSIE.

Les accoucheurs américains se montrent enthousiastes du veratrum dans l'éclampsie. D'après Jewett, Percy, Reamy sa valeur dépendrait surtout de son action sur les vaso-moteurs. Il fait tomber le pouls à 50, à 40 et même à 26 à la minute.

A très haute dose il produit des phénomènes de collapsus, le pouls devient imperceptible, les extrémités se refroidissent, la température descend à 35° : vomissement, vertiges, obnubilation de la vue, dilatation des pupilles, respiration superficielle, parfois stertoreuse. De là la nécessité de l'employer à petites doses 10 *minims* (mesure américaine qui équivaut à 60 centigr.) en injections endermiques et à doses fractionnées. Il faut environ 30 minutes pour que l'injection produise son maximum d'effet.

En somme le veratrum abaisse la tension artérielle, ralentit le pouls et produit la diurèse et une diaphorèse abondantes.

Au récent Congrès de Genève, Parvin a affirmé que le veratrum viride a guéri 92 éclamptiques sur 100. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 27 *novembre* 1897.

1. Rapport de la Commission qui a examiné le mémoire transmis à l'Académie par M. le dr N. Charles, professeur d'accouchements et chirurgien-directeur de la Maternité de Liége, portant pour titre : *Grossesse extra-utérine chez une primipare sans antécédents morbides; laparotomie à terme; tannage du placenta, éliminé au bout de six semaines sans accidents; suites heureuses pour la mère et l'enfant.* — M. Gallez, Rapporteur.

Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans, mariée depuis huit ans, n'ayant présenté jusque-là aucune apparence de grossesse, qui dut subir la laparotomie pour une grossesse extra-utérine avec suites heureuses pour la femme et pour l'enfant, extrait vivant, du poids de 2,800 grammes et présentant le développement d'un enfant de 8 1/2 mois.

Cette observation présente de remarquable : l'évolution chez une primipare d'une grossesse extra-utérine jusqu'à terme, permettant de poser sûrement le diagnostic par la constatation des bruits cardiaques et des mouvements actifs du fœtus; l'opportunité de l'intervention chirurgicale nettement indiquée par l'apparition des contractions du kyste fœtal, et favorisée par la possibilité, résultant du séjour de la patiente à la Maternité, d'une surveillance incessante; l'utilisation du tannin pour s'opposer à la putréfaction du délivre et à l'infection septique consécutive, amenant ainsi l'expulsion spontanée du placenta.

La Commission propose : D'adresser des remerciements à l'auteur; et de déposer son travail aux archives. — Adopté.

2. Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail envoyé à l'Académie par M. C. Pottiez, pharmacien à Fontaine-l'Évêque, intitulé : *Contribution à l'étude des calculs salivaires*. — M. Boddaert, Rapporteur.

L'analyse faite par M. Pottiez d'un calcul salivaire expulsé par le canal de Wharton démontre, une fois de plus, que la quantité relative de phosphate et de carbonate de calcium est très sujette à varier dans les concrétions de ce genre. Le phosphate de calcium représente ici 69 p. c. du poids de la substance analysée, tandis que dans les trois analyses de Wright, la proportion de carbonate calcique s'élevait à 80 p. c. environ, alors que celle du phosphate n'était que de 4 à 5. Dans le noyau, l'auteur a reconnu la présence de l'acide urique.

Nous croyons pouvoir recommander cette partie du travail à l'accueil bienveillant de l'Académie. Dans celle qui traite de la genèse et du ciment des calculs salivaires, M. Pottiez se montre moins compétent.

La Commission propose : D'adresser des remerciements à l'auteur; et d'imprimer dans le *Bulletin* la partie purement chimique de sa communication. — Adopté.

Le phénomène de chromatolyse consécutif à la lésion pathologique ou expérimentale de l'axone; par M. Van Gehuchten, Correspondant.

La disparition plus ou moins complète des éléments chromatophiles existant normalement dans un grand nombre de cellules nerveuses constitue le phénomène de *chromatolyse*. Celui-ci a été observé dans des conditions pathologiques ou expérimentales aussi nombreuses que variées. Il se montre dans toute sa netteté à la suite de lésions portant sur le prolongement cylindraxile des cellules nerveuses.

Quelles sont les conditions pathologiques et expérimentales qui, agissant sur l'axone d'une cellule nerveuse, y déterminent le phénomène de chromatolyse? Ce phénomène varie-t-il dans son intensité ou dans sa durée avec la nature de la lésion qui en est cause, avec la durée pendant laquelle celle-ci se fait sentir et avec la nature du neurone que l'on considère?

La chromatolyse s'observe tout d'abord dans les cas de *section expérimentale* d'un nerf moteur. Cette chromatolyse n'entraîne pas nécessairement la disparition de la cellule nerveuse, comme Forel, Nissl et Lugaro semblent disposés à l'admettre. Cette chromatolyse envahit le corps cellulaire de tous les neurones lésés avec une égale intensité. Vis-à-vis du traumatisme. les cellules nerveuses ne semblent donc pas opposer une résistance variable. Mais ce en quoi ces cellules varient, c'est dans la rapidité plus ou moins grande avec laquelle elles reviennent à l'état normal.

La chromatolyse d'une cellule motrice s'observe encore dans les cas de *ligature expérimentale* et même dans les cas de *simple compression* du nerf périphérique.

Les mêmes modifications cellulaires s'observent chez l'homme dans les cas de section et de compression d'un nerf moteur, ainsi que cela résulte des recherches de Sano et de Van Gehuchten et De Buck.

Tout traumatisme pathologique ou expérimental porté sur l'axone d'un neurone moteur est donc suivi du phénomène de chromatolyse.

L'intensité de cette chromatolyse est en rapport immédiat avec l'intensité du traumatisme ; elle varie, en effet, suivant qu'on l'étudie à la suite de la *section*, de la *ligature*, ou de la simple *compression* du nerf.

La durée de la chromatolyse semble aussi être en rapport avec la durée du traumatisme. Cette remarque a son importance. Flatau et Sano ont observé la chromatolyse dans la moelle d'amputés, trois, cinq et sept mois après l'opération.

Cette longue durée de la chromatolyse ne peut pas être due *uniquement* à la section des nerfs, mais une cause inconnue a dû intervenir pour prolonger à ce point l'état de chromatolyse. Les mêmes auteurs ont observé la chromatolyse dans la moelle d'amputés, l'un deux jours et l'autre six heures à peine après l'amputation. Cette chromatolyse précoce ne peut pas être attribuée non plus à la section du nerf faite au moment de l'amputation, ainsi que le prouvent surabondamment les résultats des recherches expérimentales. D'ailleurs. il est bon de rappeler que Déjerine a observé la chromatolyse dans la moelle d'une femme morte de pneumonie sans avoir présenté aucun trouble de motilité.

De tous ces faits, il faut conclure que, si la lésion expérimentale ou pathologique d'un nerf moteur entraîne inévitablement la chromatolyse dans les cellules d'origine, on ne peut pas, quand on observe des cellules en chromatolyse dans le névraxe de l'homme, attribuer ce fait à une lésion du nerf périphérique correspondant, même si celui-ci a été lésé. Pour que cette conclusion soit permise, il faut pouvoir exclure toute autre cause de chromatolyse et prouver que les cellules altérées se réduisent aux cellules d'origine des seules fibres lésées.

La cellule d'origine d'un neurone sensible se comporte, à la suite de la lésion de son prolongement périphérique, comme les cellules d'origine des fibres motrices, avec cette différence profonde cependant, que la cellule d'origine d'un neurone moteur revient ultérieurement à l'état normal, tandis que la cellule du neurone sensible dégénère et disparaît.

Cette différence dans le mode de réaction de ces deux neurones périphériques réside dans la nature du prolongement qui a été sectionné. Pour le neurone moteur, on a sectionné le prolongement *cellulifuge*. Cette section lèse le neurone dans son intégrité anatomique, mais laisse sa cellule d'origine conserver toutes ses connexions préexistantes. Pour le neurone sensible, on a sectionné le prolongement *cellulipète* et, par le fait même, on a non-seulement lésé ce neurone dans son unité anatomique, mais on l'a privé en outre de ses connexions avec le dehors, on l'a rendu complètement inactif. Or, les excitations qui arrivent constamment à une cellule nerveuse sont indispensables à sa conservation anatomique, parce que ces excita-

tions exercent sur la cellule en question une véritable *action trophique*. Cette suppression de l'action trophique exercée par les excitations du dehors est, pour le neurone sensible, la cause principale de la chromatolyse. Ce qui le prouve, c'est que la section du nerf pneumogastrique n'entraîne pas seulement la chromatolyse dans les cellules du ganglion plexiforme, mais encore dans les cellules du noyau dorsal de ce nerf dans le bulbe. Ce qui le prouve encore, c'est que la section du prolongement central des cellules des ganglions cérébro-spinaux n'est pas suivie de chromatolyse, ainsi que cela résulte des recherches de Lugaro et de celles de Van Gehuchten et de Nelis.

Ce dernier fait expérimental est important à signaler. Il concorde absolument avec les observations pathologiques faites dans le névraxe des tabétiques. Ici il y a indubitablement lésion des fibres des racines postérieures dans leur trajet intra-médullaire. Cette lésion peut persister longtemps, et cependant les cellules des ganglions spinaux ont toujours été trouvées intactes.

— La communication de M. Van Gehuchten sera insérée au *Bulletin*.

Suite de la discussion de la communication de M. Demarbaix sur la *consanguinité*.

M. Lefebvre déclare qu'après avoir suivi avec attention la discussion sur la consanguinité, qu'après avoir pesé les arguments qu'on a fait valoir pour prouver non-seulement son innocuité, mais ses avantages dans la reproduction des espèces animales, il reste convaincu que les mariages consanguins ont des résultats funestes. Il reproduit une statistique personnelle qu'il considère comme très probante à cet égard. Il constate que l'hérédité est une condition connexe avec la consanguinité et que, sans expliquer l'influence nocive propre des mariages consanguins, elle joue un rôle très considérable dans la transmission, des parents aux enfants, de défectuosités organiques, de dispositions morbides et même de maladies toutes faites. Il exprime le vœu que l'Académie ouvre quelque jour une discussion approfondie sur cette grave question.

— M. Demarbaix, répondant aux critiques dont sa communication a été l'objet, maintient que la consanguinité, en dehors de tout autre facteur, n'a pas l'influence nuisible qu'on lui a attribuée. Il reconnaît d'ailleurs que les unions consanguines sont beaucoup plus dangereuses chez l'homme que chez les animaux, parce que, aux mille causes physiques qui altèrent l'organisme de l'homme, viennent s'ajouter ses passions, ses vices, ses malheurs, ses misères morales; d'où il résulte que les organismes humains parfaitement sains sont de rarissimes exceptions.

« Je me suis demandé, la dernière fois que j'ai pris la parole, dit l'orateur, ce qui sortirait de cette discussion. M. Deneffe répond à ma question. Dans les écoles vétérinaires, dit-il, on continuera à enseigner que la consanguinité en dehors de tout autre facteur n'a pas l'influence nocive qu'on lui a attribuée, et les médecins, avec M. Lefebvre, continueront à déconseiller les mariages consanguins. Dans les écoles vétérinaires! Et pourquoi pas dans les universités? Dans les cours de biologie pure, on dira que la consanguinité n'est pas

nuisible; et dans les cours d'hygiène, quand on parlera de l'hérédité, on dira : Gardez-vous de la consanguinité, car, grâce à l'hérédité convergente, deux petites tares, cela fait une grosse tare. »

Lorsqu'il s'agit de mariages consanguins, M. Demarbaix, d'accord avec M. Lefebvre, dit avec lui combien les dangers sont grands; « mais cela ne touche en rien à la question du principe, — la question de la consanguinité considérée dans son essence, — abstraction faite de l'hérédité. »

— Cette discussion continuera dans une prochaine séance.

1. *Un nouvel appareil à inhalations*; présentation de l'instrument, par M. Mœller, Membre titulaire.

M. Mœller présente un nouvel *inhalateur*, qui est fort employé au Sanatorium de Hohenhonnef. Après en avoir donné une description, il énumère les avantages de cet appareil, à savoir d'être très portatif, de ne pas exiger l'emploi d'une chaleur artificielle, de permettre le dosage exact du médicament à inhaler, d'assurer la pureté de l'air inspiré, enfin d'être l'occasion d'une gymnastique respiratoire utile.

Sans attribuer à cet inhalateur une valeur curative importante, M. Mœller lui reconnaît un double mérite : il exerce une action sédative sur la muqueuse respiratoire; ensuite il fluidifie les sécrétions contenues dans l'arbre aérien. Des deux façons, il empêche ou atténue les accès de toux, qui entravent si souvent la guérison des affections respiratoires.

2. *Préparations microscopiques du cerveau d'animaux endormis et du cerveau d'animaux éveillés*; présentées par M. Heger, Correspondant.

M. Heger présente à l'Académie une série de préparations microscopiques faites à l'Institut Solvay par M. le d^r^ De Moor et par Mlle Stefanowska, docteur en sciences.

Ces préparations, faites par la méthode de Golgi, démontrent l'existence de modifications profondes produites dans la structure des prolongements protoplasmiques des neurones corticaux par l'action de poisons somnifères ou d'agents anesthésiques.

L'emploi de la morphine détermine un état moniliforme généralisé; les inhalations d'éther provoquent surtout la disparition des « appendices piriformes », qui, normalement, garnissent les ramuscules terminaux.

Dans ses conclusions, l'auteur insiste sur le fait de l'extrême fragilité chimique des neurones corticaux et constate que, même dans le cerveau d'un animal normal tué par décapitation, les prolongements protoplasmiques présentent des aspects variés. Il ne croit pas que l'existence de ces aspects multiples suffise, actuellement, pour que l'on puisse considérer l'amœbisme des cellules corticales comme rigoureusement démontré.

— Les travaux de MM. Mœller et Heger paraîtront dans le *Bulletin*.

— Sur la proposition de M. le Président, adoptée par l'Assemblée, les communications de MM. Van Gehuchten et Heger seront portées à l'ordre du jour pour être discutées.

VARIÉTÉS.

A PROPOS DE LA CHRONOLOGIE DENTAIRE.

Le dr P. Raugé, dans un article du *Bulletin médical*, a cherché le moyen de fixer une bonne fois dans la mémoire la chronologie de la dentition, cette question fâcheuse qu'on oublie si facilement et qui est cependant de pratique courante.

Quel est le médecin à qui il n'est pas arrivé de ressentir quelque embarras lorsqu'on lui a adressé une question de ce genre : « Docteur, mon bébé a deux ans ; il n'a encore que douze dents. Trouvez-vous qu'il soit en retard ? » Ou bien : « Je ne veux sevrer mon enfant que lorsqu'il aura ses *dents de l'œil*. Jusqu'à quand faut-il que j'attende ? » Ou encore : « Ma fille a neuf ans. Sa première petite molaire est cariée. Croyez-vous qu'elle reviendra si je la lui fais arracher ! »

Sans trop se préoccuper du fait que les dates de l'apparition ou du renouvellement des dents présentent d'un sujet à l'autre de larges variations, le dr Raugé, en adoptant des chiffres moyens, est arrivé à proposer une méthode qui permet en retenant seulement quelques formules et deux ou trois chiffres très simples, de reconstituer rapidement le tableau de l'évolution dentaire et de résoudre séance tenante toutes les questions qui s'y rattachent.

Il expose d'abord sommairement l'évolution dentaire.

Moins favorisé que les poissons, les amphibiens et les reptiles, chez lesquels les dents usées se remplacent indéfiniment et par un renouvellement continu, l'homme possède, comme on sait, deux dentitions successives, d'ailleurs assez mal réparties, puisque les dents dites de lait ne servent qu'aux premières années de la vie, pendant que les dents permanentes suffisent comme elles peuvent à tout le reste. Le changement de dentition est d'ailleurs une attribution commune à presque tous les mammifères : à l'exception des cétacés, qui ne renouvellent aucune dent (monophyodontes), et des marsupiaux qui n'en changent que quatre, toute la classe des mammifères possède comme nous la double dentition (diphyodontes).

I. *La première dentition de l'homme comprend vingt dents, réparties en cinq groupes qui apparaissent entre 6 ou 8 mois et 2 ans et demi ou 3 ans*, dans l'ordre suivant :

Vers six mois les 4 incisives médianes ;

Vers un an les 4 incisives latérales ;

Vers un an et demi les 4 premières petites molaires ;

Vers deux ans les 4 canines ;

Vers deux ans et demi ou trois ans les 4 petites molaires externes.

Ajoutons que, *pour chaque groupe, ce sont ordinairement les deux dents inférieures qui apparaissent les premières* et que les quatre dents du groupe se montrent presque coup sur coup.

Ainsi, vers deux ans et demi, trois ans au plus tard, l'enfant est

généralement pourvu de toutes ses dents temporaires. Il demeure désormais trois ou quatre ans dans une sorte de *statu quo*.

II. *Le renouvellement successif des dents de lait s'accomplit dans le même ordre que s'est faite leur éruption, mais avec cette particularité, que les premières grosses molaires précèdent les dents de remplacement.* On a nommé dents de sept ans ce groupe des premières grosses molaires, qui ne prend pas la place d'un groupe préexistant, mais surgit dans un espace libre et encore inoccupé des maxillaires. C'est lui qui donne le signal de la seconde dentition, pendant que le groupe suivant, celui des grosses molaires moyennes, reste encore longtemps endormi et ne paraîtra que beaucoup plus tard. Si bien *qu'entre l'apparition de ces deux dents voisines la première et la seconde grosse molaire, se place la chute et le remplacement de toutes les dents temporaires*, c'est-à-dire six ou sept ans.

Voici l'ordre et les dates moyennes suivant lesquelles s'accomplit la seconde évolution dentaire :

Les premières grosses molaires sont généralement sorties à six ou sept ans;

Les incisives médianes à huit ans;

Les incisives latérales à neuf ans ;

Les premières petites molaires à dix ans;

Les canines à onze ans;

Les secondes petites molaires à douze ou treize ans;

Les secondes grosses molaires à treize ou quatorze ans.

Quant aux troisièmes grosses molaires, celles qu'on a nommées dents de sagesse, elles ne se montrent qu'à vingt ou trente ans, et quelquefois plus tard encore.

Cet exposé chronologique paraît assurément fort simple et très facile à retenir. Cela n'empêche pas qu'au bout de quinze jours on l'aura parfaitement oublié, si l'on ne recourt à certaines artifices.

Composition des deux dentitions. Il n'y a à relever que ce fait important et utile à retenir en pratique, c'est que *toutes les grosses molaires ne poussent qu'une seule fois.* On peut donc toujours affirmer, quel que soit l'âge du sujet, qu'une grosse molaire arrachée est définitivement sacrifiée et ne sera pas remplacée, alors qu'on peut impunément enlever une petite molaire, pourvu qu'on le fasse en temps opportun, c'est-à-dire avant l'époque de son renouvellement.

Ordre d'apparition des dents. Les dents apparaissent par groupes de quatre, formés, sur chaque maxillaire, d'une paire de dents symétriques et de même nom.

Les deux dents de la paire inférieure apparaissent généralement les premières, en même temps ou à quelques jours d'intervalle. Elles sont suivies de très près par la paire supérieure correspondante.

Les groupes de dents se suivent, dans la première comme dans la seconde dentition en partant de la ligne médiane, sauf deux exceptions, la petite molaire interne qui prend chaque fois le pas sur la canine, et la première grosse molaire qui, pour la seconde dentition, prend le pas sur toutes les dents de remplacement.

En résumé, il suffit de retenir que l'éruption gagne de proche en proche, de l'incisive interne à la dernière molaire, quitte à corriger après coup la simplicité de cette formule en tenant compte de l'anticipation des premières molaires, petite et grosse.

Epoque d'apparition de chaque groupe. — Il ne faut pas songer à retenir isolément la date d'éruption de chaque dent, ou seulement de chaque groupe; heureusement, on constate que, ***dans la première aussi bien que dans la seconde dentition, il existe un intervalle constant entre l'apparition de deux groupes successifs. Cet intervalle est de six mois pour la dentition temporaire, d'un an pour les dents permanentes.***

Si l'on ajoute à cette donnée que, pour la première dentition, le groupe initial apparaît vers six mois, vers six ou sept ans pour la seconde on aura tous les éléments pour reconstituer de mémoire les deux séries de chiffres qui forment le tableau chronologique de l'une et l'autre dentition.

Supposons en effet, avec l'auteur, qu'on demande à quel âge sortent les canines temporaires; il suffira d'un calcul très simple pour répondre : on sait que, par ordre d'éruption, le groupe des canines apparaît le quatrième Il s'est donc écoulé trois périodes de six mois entre l'éruption des canines et celle du groupe initial. Et comme on sait que ce premier groupe s'est montré lui-même à six mois, on assigne immédiatement aux canines leur époque d'apparition : deux ans. Il a suffi, pour retrouver ce chiffre, de connaître trois éléments fort simples et presque impossibles à oublier : le rang d'éruption des canines (quatrième), l'époque d'apparition du premier groupe (six mois) et l'intervalle de deux éruptions successives (six mois). Ces deux dernières données numériques sont d'autant plus faciles à retenir que le hasard a bien voulu les faire exactement pareilles.

On va sûrement objecter qu'au lieu de retenir trois éléments distincts, il eût peut-être été plus simple de se rappeler directement la date d'apparition des canines. Mais il ne faut pas oublier que ces éléments ont une valeur générale, qu'ils sont comme la clef de toute la question et qu'ils permettent à eux seuls de fixer la naissance de n'importe quel groupe dentaire.

Supposons maintenant qu'on demande l'époque de l'apparition d'un groupe de dents permanentes, les secondes petites molaires, par exemple. Nous savons d'abord que ce groupe est le sixième à apparaître. Nous savons aussi que, dans la seconde dentition, il s'écoule un intervalle d'un an entre l'éruption de chaque groupe. Il s'est donc écoulé cinq ans depuis l'apparition du groupe initial, qui est sorti lui-même à six ou sept ans. Par conséquent, c'est vers douze ans que se montrent les secondes petites molaires.

Dans les deux exemples qui précèdent, l'auteur a simplement proposé de retrouver, par un calcul facile, la date plus ou moins oubliée de chaque éruption dentaire. Mais le problème peut aussi se poser d'une autre manière, et c'est le plus souvent sous cette seconde forme qu'il se présente dans la pratique :

Connaissant l'âge d'un sujet, quelles sont les dents qu'il possède,

provisoires ou permanentes ? quelles sont celles qui sont encore à naître et celles qui sont à remplacer ?

Cela semble très compliqué, et cependant rien n'est plus simple que d'établir, à toute époque et toujours avec les mêmes données, le bilan de l'évolution dentaire :

Où en est de sa dentition, par exemple, un enfant âgé de vingt mois ?

Le calcul est facile à faire. Il a mis, à six mois, ses incisives internes, à un an ses incisives externes, à dix-huit mois ses premières prémolaires. Il possède donc douze dents. Pour achever sa dentition de lait, deux groupes lui manquent encore : les canines et les secondes prémolaires.

Autre cas : quel est, chez un enfant de neuf ans, l'état d'avancement du renouvellement dentaire ?

Nous savons qu'à six ou sept ans sont sorties les premières grosses molaires, qu'à huit ans les incisives internes ont été remplacées; à neuf ans les incisives externes. Il lui reste à renouveler ses prémolaires et ses canines, puis à constituer deux groupes nouveaux, les secondes et les troisièmes grosses molaires.

En somme, on peut formuler comme il suit la règle pratique qui permet de retrouver, quand on en a besoin, toutes les dates de la chronologie dentaire :

1re *dentition. — Le premier groupe (incisives internes) se montre à six mois en moyenne.*

Pour trouver l'époque d'apparition d'un des groupes consécutifs, il suffit d'ajouter à cet âge de six mois autant de fois six mois qu'il a paru de groupes dentaires avant celui dont il s'agit.

2e *dentition. — Le premier groupe (premières grosses molaires) se montre en général vers sept ans.*

Pour trouver l'époque d'apparition d'un des groupes consécutifs, il suffit d'ajouter, à cet âge de sept ans, autant d'années qu'il a paru de groupes avant celui dont il s'agit.

Nous relevons encore une remarque faite par le dr Raugé, c'est qu'avant six ou sept ans toutes les dents sont provisoires, que de sept à douze ou treize ans les unes sont encore renouvelables et les autres définitives, qu'après cet âge enfin tout est renouvelé, et qu'à partir de ce moment toute dent tombée ne repousse plus. L.

DU TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

Le traitement de l'éclampsie était à l'ordre du jour du dernier Congrès d'obstétrique (Genève, septembre 1896) et y a été longuement débattu. Pour montrer combien diffèrent encore et les doctrines et les conduites, nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs les conclusions des Rapporteurs des différents pays étrangers. Après leur avis, nous donnerons le nôtre.

***

FRANCE. *Conclusions du rapport de Charpentier, de Paris.*

1° Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie et l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et, si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit sa quantité, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie. Dans les cas d'œdème sans albuminurie, il y a avantage, sinon nécessité absolue, de prescrire le régime lacté.

2° Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique : débuter si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée par une saignée de 300 à 500 grammes; puis administrer la médication chloralique et faire prendre du lait par la voie stomacale, au besoin à l'aide de la sonde œsophagienne.

3° Combattre les accès eux-mêmes par des inhalations de chloroforme et favoriser la diurèse par des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

4° Si la femme est plus délicate, la cyanose peu marquée, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique.

5° Attendre que le travail se déclare spontanément et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible.

6° Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles ou

trop lentes, terminer l'accouchement par le forceps ou la version si l'enfant est vivant, par l'embryotomie s'il est mort.

7° Attendre pour intervenir que l'état des parties maternelles soit tel que cette intervention puisse se faire impunément, c'est-à-dire sans violence et sans danger.

8° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels.

9° Rejeter l'opération césarienne, l'accouchement forcé comme méthodes courantes du traitement de l'éclampsie.

N'avoir recours à ce dernier mode de traitement qu'en cas d'insuccès de toute espèce de traitement médical et lorsque la mère semble vouée à une mort certaine, en un mot comme une ressource ultime en un cas désespéré.

HOLLANDE. *Conclusions de Halbertsma, d'Utrecht.*

Dans la thérapie de l'éclampsie la question la plus importante me semble toujours celle-ci : à la fin de la grossesse ou au commencement du travail, faut-il attendre ou provoquer l'accouchement? Nous nous occuperons uniquement de cette question.

Pour les cas mentionnés plus haut, il sera d'ordinaire indiqué que l'accoucheur intervienne :

1° Lorsque le pronostic paraît extrêmement grave à cause d'une anurie complète, de la fréquence et de l'intensité des accès.

2° Lorsque rien ne fait prévoir que le travail va commencer.

3° Lorsqu'il y a lieu de croire que le travail commencé sera long et difficile, comme par exemple lorsqu'il s'agit de primipares : soit qu'il s'agisse d'une personne âgée, d'une grossesse multiple, d'un rétrécissement du bassin,

Il faut déconseiller de différer l'intervention active jusqu'à ce que le pouls soit devenu fréquent et faible, mais il est à remarquer que, même dans ces conditions, on peut obtenir un résultat favorable.

A la fin de la grossesse l'accoucheur aura de préférence recours à l'opération césarienne. Au commencement du travail, il débridera profondément le col et appliquera la méthode de Dührssen.

ITALIE. *Conclusions de Mangiagalli, de Pavie.*

1° Le traitement préventif est à recommander, en ce qu'il combat les conditions qui sont l'expression de l'intoxication gravidique. Il l'est

d'autant plus que l'intensité de ces conditions augmente Il s'adresse avant tout à l'albuminurie, particulièrement chez les primipares, mais outre cela à beaucoup de dérangements gastriques et de troubles nerveux. Le lait associé aux désinfectants du contenu intestinal, aux moyens qui augmentent la diurèse, améliorent les fonctions de la peau, stimulent l'action du cœur, constitue le remède prophylactique souverain de l'éclampsie.

2° Le traitement médical, qu'il soit représenté par la saignée, par les drastiques, la morphine, le chloral, le chloroforme, le *veratrum viride*, les diaphorétiques, est un traitement essentiellement symptomatique plutôt que causal. Il constitue en tout cas l'unique traitement possible dans l'éclampsie *post partum*, et il est un moyen précieux dans l'attente des conditions qui permettent l'intervention obstétricale.

La saignée suivie d'injections sous-cutanées ou intraveineuses de solution physiologique de chlorure de sodium est une méthode qui s'appuie sur des considérations rationnelles et qui possède des faits cliniques en sa faveur, mais ceux-ci sont trop peu nombreux et n'en permettent pas jusqu'à présent une appréciation exacte.

3° L'évacuation rapide de l'utérus constitue le point le plus important du traitement de l'éclampsie, mais il faut tenir compte d'un côté de la gravité du cas, de l'autre des dangers de l'intervention.

4° Dans l'éclampsie *inter-partum*, c'est une bonne règle de terminer l'accouchement quand les conditions le permettent et de préparer les voies au moyen d'incisions multiples sur le col quand celui-ci est effacé et sa dilatation insuffisante.

5° Les moyens suivants sont indiqués dans l'éclampsie de la grossesse : provocation de l'accouchement par la rupture des membranes, usage de la morphine, du chloral ou du *veratrum viride* à hautes doses, qui seront d'autant plus efficaces qu'ils seront administrés plus près du début de l'éclampsie jusqu'à ce qu'il y ait les conditions indiquées au 4°. Si le cas est grave, le danger menaçant et que, malgré la rupture des membranes associée aux moyens indiqués, on puisse encore espérer pouvoir temporiser jusqu'à l'effacement du col et à une dilatation de quelques centimètres, si le col est raccourci et ramolli, la dilatation forcée peut, à mon avis, trouver une application plus étendue et plus facile que les incisions profondes et selon Dührssen, dans les cas de la même catégorie, mais dans lesquels le col n'est pas ra-

molli, ou s'il existe des conditions qui rendent particulièrement difficile ou contre-indiquée l'intervention mentionnée, l'opération césarienne peut avoir sa justification, tout spécialement quand le fœtus est vivant.

6° Toute intervention doit être faite dans la narcose chloroformique profonde.

ANGLETERRE. *Conclusions de John W. Byers, de Belfast.*

1° Quel est le traitement de l'accès? La morphine en injections hypodermiques. Il faut coucher la malade sur le côté, pour empêcher l'introduction des liquides dans le larynx et les poumons. Il faut prendre garde que la malade se blesse, qu'elle soit tenue chaudement, purgée abondamment, qu'elle ne prenne aucun liquide et, suivant qu'elle a sa connaissance ou non entre les accès, lui faire prendre un bain chaud ou de vapeur.

2° Comment se débarrasser du poison qui cause les convulsions? — Même traitement : purgation, bains chauds, chaleur et abstinence de liquide.

3° Quel est le traitement obstétrical? — Si le travail n'a pas commencé, il faut traiter les convulsions, tout en ayant soin de ne pas exciter l'utérus. Lorsque le travail a commencé et que la malade en est à la période de l'expulsion, il faut lui administrer le chloroforme et la délivrer rapidement. Dans la période de dilatation, si le col est dilatable on peut accélérer l'accouchement au moyen de douches chaudes et de l'application des dilatateurs de Barnes ou de Champetier de Ribes; au cas où le col serait rigide, il faudrait s'abstenir.

4° Quel est le traitement prophylactique? — Le repos, la diète lactée, les purgations et les bains chauds donnent les meilleurs résultats.

AMÉRIQUE. *Conclusions de Th. Parvin, de Philadelphie.*

1° L'éclampsie puerpérale est presque toujours causée par la toxémie. Les cas où les convulsions semblent d'origine réflexe peuvent s'expliquer par une exagération de l'excitabilité nerveuse, dues à des modifications sanguines sans lesquelles des causes simplement déterminantes : la réplétion de la vessie ou du rectum, une douleur vive, ne pourraient produire les convulsions. L'étincelle ne cause une explosion que si elle tombe sur un baril de poudre.

2° Le meilleur traitement sera celui qui agira sur la cause essen-

tielle et répondra en même temps aux indications symptomatiques.

3° Le *veratrum viride*, mieux qu'aucun médicament employé jusqu'ici, agit sur la cause essentielle et répond en même temps assez complétement aux indications symptomatiques, car il diminue la fréquence du pouls et les convulsions sont très rares lorsque le pouls est maintenu à 60 et au-dessous. — Il stimule les fonctions de la peau; — il abaisse la température; il augmente la sécrétion urinaire; — enfin la guérison de 92 mères sur 100 prouve la valeur du remède (1).

ALLEMAGNE. *Conclusions de J. Veit, de Leiden.*

1° Il est impossible d'établir sur les données actuelles un traitement *unique* de l'éclampsie.

2° Un grand nombre d'éclamptiques guérissent par un traitement quelconque.

3° Il n'est pas encore prouvé que l'accouchement forcé provoqué par l'anesthésie complète (dilatation du col par des sacs en caoutchouc, incisions, opération césarienne) puisse améliorer le pronostic.

4° Nous ne possédons pas assez de cas traités par les saignées pour pouvoir conclure.

5° Le traitement systématique par la morphine à hautes doses, semble être celui qui donne les meilleurs résultats.

6° Tant que la pathologie de l'éclampsie n'est pas mieux connue, il n'y a pas de traitement rationnel : il est plus que probable que la maladie reconnaît différentes causes.

7° Ce qui nous paraît donner les meilleurs résultats, c'est le traitement mixte : Accélérer prudemment le travail, rompre les membranes, accoucher la malade après dilatation complète des parties molles, administrer de fortes doses de morphine qui diminuent le nombre des accès; éviter l'administration par la bouche des remèdes aux malades inconscientes; produire la diaphorèse par des moyens extérieurs.

8° Il n'y a pas de raison pour considérer l'éclampsie comme tellement dangereuse par elle-même, qu'il faille recommander d'une manière absolue des opérations exigeant une main exceptionnellement habile.

9° Dans des cas exceptionnels, il faut avoir recours à une opération de grande chirurgie.

*
* *

(1) Les Américains donnent à doses fractionnées 10 minims, soit 60 centigrammes. (Voir n° 3, p. 136).

Nous tenons à exposer, rapidement, le traitement de l'éclampsie tel que nous le comprenons.

Les urines de la femme bien portante sont toxiques; les urines de l'albuminurique le sont beaucoup moins; les urines de l'éclamptique ne le sont presque plus du tout. En d'autres termes, lorsque le filtre rénal fonctionne mal, les toxines qui s'élaborent dans l'économie ou proviennent du tube digestif, ne passent plus dans l'urine, mais on les retrouve dans le sang. L'insuffisance ou la perversion de la fonction rénale devient ainsi le point de départ de toxémies variables d'aspect et de gravité selon l'espèce ou la quantité des poisons retenus.

Le développement du globe utérin, chez la primipare surtout, peut gêner les circulations abdominales de retour, et apporter dans le travail dépuratif des reins des troubles qui ont leur contre-coup dans la composition du sang et se traduisent par des déperditions d'albumine et des rétentions de poisons, des extravasations séreuses et des troubles nerveux.

On a longtemps considéré l'*albuminurie* comme jouant le rôle principal dans les accidents de l'éclampsie : nous croyons que c'est à l'*intoxication* qu'il convient de l'attribuer. La moitié seulement des albuminuriques a des convulsions et il est des éclamptiques non albuminuriques.

Le traitement rationnel doit s'éclairer de cette lumière, s'attaquer à la cause et *empêcher l'accumulation des toxines* dans le sang — ou les en *éliminer*.

I. Il faut tenir la malade *très chaudement* — afin que la peau soulage et supplée les reins ;

Le *lavage intestinal* par les laxatifs et l'*antisepsie* des voies digestives tariront au moins une des sources de l'empoisonnement ;

Le *régime lacté*, absolu et exclusif, préconisé par Tarnier contre l'albuminurie, convient aussi contre la toxémie : le lait est l'aliment physiologique par excellence; il n'introduit guère d'éléments nuisibles; il augmente la quantité d'eau dans le sang et, par conséquent, dilue les toxines, en même temps qu'il active ou améliore l'excrétion urinaire. C'est presque un spécifique répondant à toutes les indications, beaucoup mieux, à notre avis, que le *veratrum viride* tant prôné par les Américains.

Si ces moyens simples ne suffisent pas, il en est de plus énergiques,

agissant dans le même sens : la *saignée*, qui entraîne une partie des toxines et abat la tension artérielle ; — les *drastiques* et les *sudorifiques*, qui sont des saignées séreuses ; — et les injections de *sérum artificiel*, qui diluent la masse sanguine et remplacent les eaux intoxiquées perdues. Nous ne citons pas les *diurétiques* : l'état de souffrance des reins contre-indique évidemment leur emploi.

II. Une situation que le régime lacté absolu et, au besoin, les moyens plus sévères, ne parviendraient pas à modifier, est assurément grave, et elle va fatalement empirer de jour en jour — parce que : les compressions intra-abdominales vont augmenter avec la montée du ballon utérin ; la circulation rénale va devenir de plus en plus difficile ; la désalbumination du sang et sa viciation par les produits excrémentitiels que le rein n'élimine plus, vont s'accentuer de plus en plus ; les troubles fonctionnels vont devenir des lésions anatomiques incurables ; et les siflets d'alarme des signes prémonitoires de l'attaque éclamptique retentissent ! Faut-il se boucher les oreilles devant leurs avertissements ou se croiser les bras devant le danger ? Nous estimons qu'il y a mieux à faire et nous provoquons résolument l'accouchement.

P. Dubois ne voulait pas de la provocation du travail : 1° parce que l'expulsion de l'enfant ne met pas toujours fin aux convulsions ; 2° parce que chez les primipares (et la plupart des éclamptiques sont primipares) il faut au moins 24 heures pour obtenir l'accouchement prématuré et qu'en 24 heures l'éclampsie est presque toujours jugée, en bien ou en mal ; 3° parce que si l'affection est grave le travail se déclarera probablement spontanément et que si elle est légère, il faut se garder de le provoquer.

Ces raisons de l'ancien chef de l'école française, encore déterminantes pour certains praticiens, ne nous ont jamais paru péremptoires parce que : 1° l'expulsion de l'œuf met fin aux convulsions *presque toujours*, et que rejeter un moyen parce qu'il ne réussit pas *toujour* c'est s'exposer en médecine à n'en garder aucun ; 2° il ne nous faut pas 24 heures pour délivrer une primipare ; 3° si la situation est grave il importe d'en sortir le plus tôt possible, et si elle ne l'est pas encore, il ne faut pas la laisser le devenir.

On objecte que les convulsions éclateront, peut-être, à l'occasion de l'intervention. C'est possible, surtout si l'on attend trop longtemps, mais celà n'est pas certain. : ce qui est certain c'est qu'elles éclateront

fatalement plus tard, et qu'elles seront alors d'autant plus redoutables que l'expectation aura laissé aux désordres fonctionnels et aux lésions anatomiques, le temps de devenir plus profonds.

Notre élytrocyste, précédé au besoin d'applications de laminaria, en quelques heures, amène l'expulsion de l'enfant, ou permet son extraction, avec moins d'irritations que les autres procédés de dilatation forcée et, surtout, sans les dangers des incisions profondes de Dürhssen. Avant de l'appliquer, du reste, nous émoussons l'irritabilité réflexe par la morphine, au besoin, nous l'abolissons par le chloroforme — que nous préférons au chloral, parce que nous le considérons moins dangereux à manier.

III. Accès. Il faut s'opposer à la luxation de la mâchoire, et à la morsure de la langue. Il est inutile de fixer les membres : l'effort nécessaire pour les maintenir augmente les convulsions — ou d'essayer de tirer la femme du coma, tous les moyens de la rappeler à elle étant des excitants.

Un premier accès en appelle un deuxième, qu'il faut s'efforcer de prévenir en écartant de l'éclamptique toute excitation pouvant lui venir du dedans ou du dehors, par les yeux, les oreilles ou la peau — et en lui donnant de la morphine et du chloroforme. Le maillot chaud, une purge, le lavage du sang, la saignée peuvent se trouver indiqués.

IV. Le travail est au début, nous le précipitons par l'élytrocyste, et nous le terminons aussitôt que la voie est suffisamment ouverte.

Dans certains cas, exceptionnellement graves, l'opération césarienne peut se présenter comme la dernière planche de salut pour la mère et pour l'enfant.

V. L'éclampsie éclate après l'accouchement : il est indiqué de produire la narcose, de pratiquer la délivrance, souvent compliquée de spasme, et de recourir au sérum artificiel.

VI. Couches. La femme éclamptique est prédisposée aux accidents post-puerpéraux, et doit être entourée de soins attentifs. Rappelons sa susceptibilité particulière vis-à-vis du sublimé.

Dr EUGÈNE HUBERT.

TRAITEMENT DE L'INFLUENZA.

Le prof. Landouzy s'élève, dans un article de la *Presse médicale*, contre l'abus que font de l'antipyrine dans le traitement de la grippe non-seulement un grand nombre de médecins, mais même le public, cette médication étant devenue banale.

L'antipyrine n'est point le médicament spécifique de la grippe, mais n'est indiqué dans cette maladie que comme antidouloureux.

Or, il est fréquent de voir que chez les grippés qui ne sont rien moins que douloureux, qui sont anéantis, prostrés par la grippe asthénique, l'antipyrine est donnée et redonnée couramment sans que l'on en discute les indications ou les contre-indications.

Or, la médication par l'antipyrine, loin d'être indifférente, est trop souvent nocive dans les cas de grippe asthénique. L'antipyrine est un dépresseur du système nerveux : elle abaisse la tension vasculaire et produit facilement la vasodilatation périphérique ; elle détruit les globules rouges chez les fébricitants ; diminuant les oxydations organiques d'une part, faisant, d'autre part, moindre la tension sanguine au niveau du rein, elle raréfie quantitativement et qualitativement la sécrétion rénale, enfin elle abaisse le coefficient urotoxique. C'est pourquoi chez les asthéniques, les sueurs, l'hypotension vasculaire, l'insuffisance urinaire, la dépression du système nerveux, tout cela se trouve accru du fait de l'administration de l'antipyrine.

Les dangers de l'antipyrine sont surtout à redouter chez les vieillards, les artério-scléreux, les cardiopathes, les emphysémateux, les albuminuriques, etc. Chez les malades toxi-infectés par la grippe d'une part, en instance d'auto-intoxication d'autre part, la médication par l'antipyrine vient encore entraver la dépuration.

En somme l'antipyrine est un médicament qui doit être réservé aux grippés algiques. Encore devra-t-on se souvenir que le soulagement aux douleurs de la grippe ne doit être demandé à l'antipyrine qu'autant que le grippé ne perdra pas, par d'autres côtés, plus qu'il n'aura gagné de celui-là.

La véritable, la pressante indication à saisir chez les malades asthéniques, est dans l'état de leur forces qui demandent à être relevées.

Aussi, c'est à la *médication stimulante* qu'il faut s'adresser. Les stimulants, les excitants diffusibles, les toniques (potion de Todd, café, quinine, sérothérapie artificielle) feront la base des entreprises thérapeutiques.

Le prof. Landouzy, en vue de laisser aux praticiens contre la grippe l'arme la mieux défensive et la moins offensive à la fois, se prononce en faveur de la *quinine*.

Les sels de quinine, bien choisis et bien ordonnancés, non seulement soulagent nombre de grippés douloureux, mais encore réconfortent, relèvent et stimulent au mieux les grippés asthéniques. Sans rien exagérer, il irait jusqu'à prétendre que, chez les grippés, il n'est guère d'indications thérapeutiques que l'on ne puisse remplir avec la quinine. dont les avantages ne semblent jamais atténués par de sérieux inconvénients, la médication quinique étant à la fois stimulante, tonique et anti-infectieuse.

—

Comme corollaire à ces considérations, nous donnons un échantillon de la médication instituée par l'auteur dans un cas de ***grippe à forme asthénique***, telle qu'elle se rencontre présentement le plus souvent.

1° Repos au lit, dans une chambre bien aérée, à température constante de 17° à 18°.

2° Faire prendre immédiatement, dans du café noir froid, dans de la bière ou entre deux jus d'oranges.

Huile de ricin. . . . . . 12 grammes.

3° Trois heures après la prise d'huile de ricin, donner un des cachets :

Sulfate de quinine. . . . . . 1 gr. 80
à mettre en trois cachets.

4° Lavages de la bouche et de la gorge plusieurs fois par jour, avec une solution boriquée.

5° Six heures après l'administration de la quinine, le pouls restant faible, dépressible, le grippé étant encore anéanti et n'ayant point uriné, injection hypodermique, dans la paroi abdominale, de 80 grammes de sérum artificiel :

Eau distillée bouillie. . .	1,000 grammes.
Chlorure de sodium	7 —

6° Prendre, par une cuillerée à soupe, d'heure en heure, la potion suivante, qui n'est qu'une potion de Todd modifiée.

Infusion de tilleul	120 grammes.
Hydrolat de laurier cerise . .	10 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	30 —
Eau-de-vie vieille.	30 —
Teinture de cannelle. . . .	5 —

7° Comme tisane, boire, à la température de la chambre : eau pure ou minérale légèrement additionnée de Champagne; lait (médicament spécifiquement dépuratif urinaire), limonade au citron ou à l'orange.

8° Appliquer, sur la partie postérieure du thorax, des cataplasmes sinapisés ou rigollots.

Le lendemain : administrer à nouveau le sulfate de quinine, la potion de Todd, et faire une nouvelle injection hypodermique de 80 grammes de sérum artificiel. — Mêmes tisanes. Alimentation au lait. Applications de rigollots.

Le surlendemain : mêmes doses de quinine et de potion de Todd ; supprimer l'injection de sérum (les urines étant redevenues normales). Comme alimentation : lait, crêmes ; potages au lait avec pâtes ; marmelade de pommes.

Le jour suivant : même régime, en plus une tasse de café noir.

La fièvre étant tombée, les urines devenues normales, l'auscultation étant négative, cesser quinine, potion de Todd, révulsion thoracique et corser l'alimentation : lait, potages au lait ; gelée de viande ; œufs peu cuits ; purée de pommes de terre ; fruits cuits, fromage non fermenté ; un peu de Champagne coupé d'eau.

La convalescence étant franchement établie, revenir peu à peu au régime alimentaire commun, et prendre pendant le déjeuner un granule de 1 milligramme de sulfate de strychnine.

Prolonger ensuite de quelques jours le séjour en l'appartement, pour éviter les rechutes et se garer des coups de froid qui sont, en temps d'épidemie, causes occasionnelles de nouvelles fluxions catarrhales.

—

Le d^r Lyon, dans la *Revue de thérap. médico-chirurg.*, indique le traitement contre la *forme classique, thoracique* de la grippe : fièvre ; courbature ; dépression nerveuse ; enchifrènement ; angine ; laryngotrachéite avec toux quinteuse et sèche.

1° *Repos absolu* et *prolongé* au lit, jusqu'à disparition non seulement de la fièvre, mais encore des principaux symptômes, notamment des manifestations pulmonaires.

2° *Alimentation* exclusivement *liquide* : lait, bouillon, potages, café, eau rougie, grogs ; boissons chaudes, surtout au début (thé, infusions de violettes, de fleurs pectorales, de bourrache, etc.). Insister sur le café, excellent diurétique et antagoniste de la dépression nerveuse. Ne pas perdre de vue la nécessité de provoquer la diurèse.

3° *Antisepsie des premières voies respiratoires* (bouche, pharynx, nez) et *des voies digestives* (lavages de l'intestin, administration du calomel).

4° Contre l'infection prescrire la quinine, médicament presque spécifique. Employer de préférence le chlorhydrate de quinine.

Dose : (60 centigrammes à 1 gramme).

En trois fois dans les vingt-quatre heures.

Mode d'administration : Par la bouche, en paquets ou cachets.

En cas d'intolérance stomacale employer les lavements :

Chlorhydrate neutre de quinine. . 60 centigram.

A faire dissoudre dans la quantité d'eau tiède nécessaire pour remplir la poire ou la seringue en verre.

(Lavement évacuateur auparavant, si cela est nécessaire.)

Ou les suppositoires.

Chlorhydrate neutre de quinine. .	30 centigr.
Beurre de cacao.	3 grammes,

pour un suppositoire.

Si la température est très élevée (40° et plus) et se maintient à ce niveau, donner deux ou trois bains tièdes (à 32°) de quinze minutes de durée, en l'espace de vingt-quatre heures.

5° Contre les *phénomènes douloureux*, la courbature, la céphalée, etc., prescrire la *phénacétine* ou l'*antipyrine*, à petites doses et toujours *associées à la quinine :*

Chlorhydrate de quinine. . .	30 centigr.
Antipyrine	70 centigr.

ou

Phénacétine.	40 centigr.

Pour un cachet, trois ou quatre par jour. Après chaque cachet avaler quelques gorgées de grog.

6° Combattre les *phénomènes congestifs du côté des muqueuses* au moyen du chlorhydrate d'ammoniaque (2 à 3 grammes) et de la poudre de Dower (30 à 60 centigrammes), par exemple :

Julep gommeux.	80 grammes.
Sirop d'éther.	ââ 20 grammes.
Alcoolat de mélisse.	
Teinture de jusquiame. . . .	4 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque. .	2 grammes.

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

ou bien...

Chlorhydrate de quinine. . . .	40 centigr.
Poudre de Dower.	30 centigr.

Pour un cachet. Deux par jour,

7° Combattre la *toux* et l'*insomnie* par l'opium sous forme de pilules d'extrait thébaïque (25 milligrammes).

8° Comme *révulsif*, à recommander avant tout les compresses de Priessnitz. On applique sur toute la surface du thorax des linges ou des compresses de tarlatane repliées en plusieurs doubles, imbibées d'eau froide, puis exprimées. Ces compresses sont recouvertes d'une enveloppe de gutta-percha laminée ou de taffetas gommé et le pansement est maintenu par un bandage de corps.

—

Dans la *grippe gastro-intestinale*, le prof. Landouzy conseille le traitement suivant :

1° Administrer immédiatement dans un tiers de verre de table d'eau tiède, les deux paquets suivants, chacun à cinq minutes d'intervalle :

Poudre d'ipéca. . . . . 1 gramme
à diviser en deux paquets égaux.

2° Éviter de faire boire ; une fois le vomissement produit, dès que le malade ne se sentira plus nauséeux, donner, soit une tasse de bon café noir chaud, soit un grog chaud ;

3° A midi et le soir, administrer un lavement tiède de 300 grammes d'eau bouillie dans laquelle on fera dissoudre un paquet de 10 grammes de borate de soude.

4° Application permanente d'un cataplasme, large, mince, léger et chaud, couvrant l'abdomen du creux épigastrique au pubis ;

5° Faire une injection hypodermique de sérum artificiel, de préférence en vue d'exciter, selon l'auteur, la sécrétion gastrique acide :

Eau distillée bouillie. . . . . 100 grammes.
Phosphate de soude . . . . . 1 gr. 50

6° Le soir, introduire dans le rectum, une demi-heure après le lavement rendu, un suppositoire avec :

Beurre de cacao. . . . . 5 grammes.
Chlorhydrate de quinine . . 0,50 centigr.

7° Lavages fréquents de la bouche et de la gorge avec une solution boriquée ;

8° Tisane : lait ou bouillon glacé, par petites quantités à la fois, Champagne mousseux coupé d'eau ; alimentation : gelée de viande, crême, lait de poule.

Le lendemain et les jours suivants, même traitement moins l'ipéca ; pendant la convalescence, régime comme plus haut. L.

DU CŒUR DANS LA GROSSESSE NORMALE.

Dans leur travail publié par la *Presse médicale*, les d[rs] Vaquez et Millet étudient d'abord l'influence de la grossesse sur le *cœur sain*.

La doctrine de l'hypertrophie normale du cœur ou de sa dilatation pendant la grossesse est très accréditée ; elle était basée sur des arguments tirés de la physiologie pathologique, notamment de la prétendue augmentation de la tension vasculaire, sur certaines constatations anatomiques et sur l'apparition fréquente de bruits de souffle.

Les auteurs se rallient à l'opinion qui considère cette notion comme inexacte.

Les signes subjectifs : dyspnée et palpitations, n'ont guère de valeur.

La dyspnée provient de ce que le poumon, doit, du fait de la grossesse, s'adapter à des conditions d'hématose et de circulation plus actives, et les palpitations, comme d'autres phénomènes nerveux, sont très diversement influencées par la grossesse, tantôt diminuées, tantôt augmentées.

Les phénomènes subjectifs ne sont pas plus probants.

La percussion du cœur ne révèle que rarement une augmentation de la matité; et, si l'auscultation permet de reconnaître fréquemment la présence de souffles, ces souffles sont, dans l'immense majorité des cas, des souffles anorganiques

Ce que l'on entend en outre, et habituellement même chez les femmes enceintes. c'est l'accentuation du deuxième bruit de l'artère pulmonaire et le dédoublement du deuxième bruit de la base : or, ces signes traduisent la répercussion sur le cœur des modifiations de la circulation pulmonaire du fait de la grossesse; c'est cette répercussion qui expliquerait la plupart des troubles cardiaques de la grossesse chez les femmes dont le cœur est sain, comme chez celles atteintes de cardiopathies antérieures.

La circulation pulmonaire atteint une haute tension pendant la grossesse; c'est ce qui explique la fréquence des congestions pulmonaires, soit. idiopathiques, soit symptomatiques chez les femmes enceintes; chez elles, les hémoptysies ne sont pas même rares.

L'élévation de la tension intra-pulmonaire indique l'imminence de la dilatation cardiaque droite. Qu'il survienne une fatigue, un réflexe ou une faiblesse passagère du myocarde, celle-ci se produira presque fatalement. On constatera alors, en plus, l'augmentation de la matité cardiaque, le report de la pointe vers la gauche, parfois même un bruit de choc diastolique.

Malgré les conditions physiologiques qui la favorisent, la dilatation cardiaque de la grossesse est toujours un accident pathologique : le plus souvent elle a besoin, pour se produire, de causes adjuvantes, maladies antérieures, fatigues exagérées, mais même dans ces cas, elle n'est pas très fréquente et elle reste habituellement modérée.

Enfin, cette dilatation cardiaque est essentiellement transitoire; née pendant la grossesse, elle ne lui survit pas.

Les auteurs, comme conclusion, admettent que sous des influences diverses, le cœur peut subir certaines modifications dans son rythme, et même des dilatations passagères; très vraisemblablement, ces dilatations se produisent, pendant la grossesse, plus que dans toute autre condition. Mais, en somme, il n'existe pas d'hypertrophie réelle et persistante, qu'on puisse légitimement attribuer à la grossesse même.

Quelle est l'influence de la grossesse sur le *cœur malade?*

Il n'est pas douteux que, dans un nombre trop grand de cas, la grossesse n'aggrave les maladies du cœur préexistantes. Cette aggravation peut se manifester dans les derniers mois de la grossesse, et aboutir à des accidents de suite menaçants ; d'autres fois, c'est pendant l'accouchement, ou dans les jours qui le suivent, qu'elle fait sentir ses effets, créant toujours un danger sérieux, parfois immédiat. Si les cardiopathies aortiques non compliquées échappent souvent à ces redoutables accidents, toutes les autres affections du cœur y sont exposées, quand elles ont abordé la période des perturbations secondaires. De même certaines lésions cardiaques, d'aspect jusque-là bénin, peuvent s'aggraver rapidement ou subitement du fait de la grossesse : c'est le cas du rétrécissement mitral.

Les lésions que l'on constate à l'autopsie ont pour siège le poumon ou le cœur.

Au poumon, il est habituel de rencontrer les lésions caractéristiques de l'apoplexie accompagnées de congestion et d'œdème.

Les foyers de raptus hémorrhagique sont plus ou moins abondants; ils peuvent occuper un lobe entier du poumon ou être disséminés en des points variables. Certains sont récents, d'autres reconnaissent une origine plus ancienne. Les bronches sont remplies d'un liquide spumeux et sanguinolent.

Du côté du cœur, on a cru à tort pouvoir invoquer la dégénérescence graisseuse ou la myocardite ; dans l'immense majorité des cas, la femme cardiaque enceinte meurt par son poumon; les accidents sont d'ordre purement mécanique, et dérivent, comme l'ont indiqué déjà les auteurs, de la suractivité de la circulation pulmonaire.

En fait, le *pronostic* des affections cardiaques s'assombrit manifestement du fait de la grossesse. Mais il ne faut pas croire cependant que la grossesse soit un arrêt de mort pour les femmes atteintes d'affections cardiaques. Beaucoup peuvent échapper aux accidents précédemment décrits, et même mener à bien plusieurs grossesses successives ; d'autres, après avoir été très éprouvées dans une première grossesse, sont épargnées plus tard ; enfin, les accidents les plus graves peuvent cesser comme par enchantement à la suite de l'accouchement ou disparaître plus lentement pour laisser à la femme une santé relativement satisfaisante. Mais, au début d'une grossesse, il est toujours difficile de savoir si la lésion cardiaque donnera lieu ou non à des complications inquiétantes. Elles seront probables si l'affection du cœur est complexe, si elle a déjà produit des troubles persistants ou répétés; improbables s'il s'agit d'une lésion aortique unique, ou simplement d'une insuffisance mitrale non compliquée (chose rare) et n'ayant jusque là été l'occasion d'aucun trouble appréciable.

Lorsqu'il s'agit du rétrécissement mitral pur, toute conclusion à cet égard est incertaine ; mais on devra concevoir de grandes craintes si les signes d'auscultation indiquent un rétrécissement très serré.

En ce qui concerne le *traitement*, que faut-il faire pour *prévenir* les accidents ?

On conseille avant tout le *repos au lit* et le *régime lacté*, institués à partir du cinquième ou du sixième mois, époque à laquelle les accidents apparaissent d'ordinaire. Mais, le repos au lit ne doit pas être permanent ; il est nécessaire que la malade prenne dans la journée quelques heures d'exercice, par une marche modérée, de façon à empêcher l'encombrement de la circulation pulmonaire, que facilite au plus haut degré le décubitus dorsal prolongé. Quant au régime lacté, il ne doit être prescrit d'une façon absolue que si des signes de congestion hépatique ou rénale apparaissent avec diminution de la quantité des urines. Dans ces cas également, on se trouvera souvent bien de l'administration d'une dose moyenne de théobromine, ou de tout autre *diurétique*. De même, un léger *purgatif salin*, administré tous les trois ou quatre jours, est indiqué.

Que faut-il faire, lorsque les accidents gravido-cardiaques apparaissent ?

S'il s'agit de complications asystoliques analogues à celles qui accompagnent les affections cardiaques complexes, avec œdème ou anasarque, congestion hépatique et rénale intense, insuffisance tricuspidienne, il faudra avoir recours à la médication que ces accidents réclament habituellement, c'est-à-dire à la *médication digitalique*.

Il faudra agir de même dans le cas où les accidents cardio-pulmonaires auront fait place, après l'accouchement, à l'asystolie vraie. Mais on devra toujours surveiller avec soin l'état de la circulation pulmonaire, plus disposée à s'encombrer que dans toute autre circonstance ; et si cet état donnait quelque inquiétude, on fera précéder l'administration de la digitale d'un *purgatif* salin, ou d'une *saignée locale*, ou même d'une *saignée générale* de 2 à 300 grammes.

Quand il s'agit d'accidents strictement cantonnés à la sphère pulmonaire, comme cela se voit dans le rétrécissement mitral, les indications sont tout autres. Si les accidents sont peu menaçants et ne consistent que dans une oppression modérée avec tendance à la congestion pulmonaire et accélération du pouls, le repos absolu au lit devient tout à fait nécessaire, ainsi que le régime lacté. Les applications chaudes sur la poitrine, les émissions sanguines répétées sous forme de ventouses scarifiées, trouveront leur indication ; à l'intérieur, on devra se contenter soit de la théobromine, soit comme calmant de la poudre de Dower à doses fractionnées.

Les auteurs insistent sur les inconvénients que peut avoir la digitale, hormis les cas d'asystolie banale survenant au cours de la grossesse ou à la suite de l'accouchement ; elle serait formellement contreindiquée dans les cas où les accidents ont leur siège dans le poumon ; la morphine donnée en injection de un demi-centigramme toutes les cinq ou six heures serait le médicament de choix.

Lorsque les accidents deviennent de plus en plus menaçants et que le terme normal de l'accouchement se rapproche, il convient d'agir plus énergiquement.

Et d'abord, y a-t-il lieu de provoquer l'*accouchement prématuré?*

Cette question a été très discutée. Tout récemment encore Schlayer a proscrit d'une manière formelle l'accouchement provoqué; dans tous les cas, dit-il, où il l'a vu pratiquer, les malades ont succombé soit pendant le travail, soit après l'accouchement. Leyden pense qu'il peut être rendu nécessaire et qu'on ne doit pas temporiser trop longtemps. Gusserow, estimant que l'accouchement prématuré artificiel n'épargne pas à la malade le travail de l'accouchement ni ses dangers, et l'aggrave plutôt, préfère attendre l'accouchement spontané qui se fait souvent alors d'une façon précoce et dans de meilleures conditions. D'autre part, il n'est pas sans exemple que des cardiaques, après plusieurs crises pulmonaires des plus menaçantes, aient pu accoucher sans trop de risques et survivre à l'accouchement. Ces diverses considérations expliquent les hésitations des auteurs et surtout les fortes objections élevées par les accoucheurs contre l'accouchement provoqué chez les cardiaques.

Les auteurs pensent qu'il faut recourir à l'accouchement provoqué lorsque les accidents se repètent, s'aggravent, et profiter pour cela d'une époque d'accalmie.

On s'est demandé si on pouvait recourir au *chloroforme;* les avis sur ce point sont unanimes, et, contrairement aux craintes qui avaient cours jadis, le chloroforme trouve son indication dans l'accouchement naturel ou provoqué chez les cardiaques. Si l'affection cardiaque ne s'est accompagnée pendant le cours de la grossesse d'aucune complication appréciable, on pourra laisser les choses suivre leur cours et l'accouchement se faire sans le secours du chloroforme; mais, s'il y a eu la moindre manifestation morbide, il sera bon d'y avoir recours.

L.

TRAITEMENT DU SURMENAGE INTELLECTUEL.

Le seul traitement rationnel du surmenage intellectuel, lequel s'accompagne souvent de neurasthénie, consiste naturellement, écrit

le d^{r} Romme dans la *Presse médicale*, dans la suppression de la cause, c'est-à-dire dans la cessation de tout travail cérébral, avec changement de milieu, séjour à la campagne ou aux bords de la mer, exercices physiques et distractions saines, emploi judicieux des toniques et des reconstituants aidés du massage et de l'hydrothérapie.

Malheureusement, le sujet ne pourra pas toujours renoncer à ses occupations; il faudra alors le placer dans les meilleures conditions hygiéniques.

Si possible, il ira vivre au grand air, à la campagne; dans le cas contraire, il s'efforcera d'habiter un appartement bien aéré et bien ensoleillé. Entre chaque période de quelques heures de travail et spécialement avant et après les repas, il se livrera à un exercice physique peu fatigant et en rapport avec ses goûts : la promenade à pied, la bicyclette, le canotage, les exercices de gymnastique, les jeux en plein air, les boules, les quilles, le tonneau, le croquet, le tennis, etc. S'il ne peut sortir, il fera de la gymnastique en chambre, jouera au billard, en un mot cherchera de la distraction et du mouvement. S'il est trop fatigué pour se livrer à un exercice physique quelconque, il se trouvera bien d'une promenade au grand air en voiture découverte.

Ses repas seront réguliers et substantiels; il sera sobre de boissons alcooliques.

L'hydrothérapie et le massage, tous les deux toniques puissants et régularisateurs de la circulation, peuvent rendre de grands services au surmené : l'hydrothérapie sous forme de douches, de bains froids ou tièdes, de pédiluves chauds, d'affusions froides, etc.; le massage sous forme de massage des membres, de la région rachidienne et frontale, de la région abdominale.

L'auteur cite deux médicaments qui mériteraient une certaine confiance : l'*arséniate de strychnine* et le *phosphure de zinc;* ils peuvent être administrés simultanément.

Dans le surmenage intellectuel aigu, c'est-à-dire survenu chez un individu astreint momentanément à un travail intellectuel considérable qu'il ne peut interrompre, on administrera chaque jour deux granules d'arséniate de strychnine de 1 milligramme et un granule de phosphure de zinc de 8 milligrammes, soit au premier déjeûner, soit au repas de midi, suivant que le surmené devra se coucher tôt ou veiller tard. Ce traitement pourra être continué pendant toute la durée de la période de surmenage, à condition de le suspendre deux jours par semaine.

Dans la forme chronique, le traitement sera intermittent. On fera prendre régulièrement un granule d'arséniate de strychnine tous les deux jours et un granule de phosphure de zinc tous les quatre jours,

ou bien on n'administrera ces médicaments que les jours où la fatigue est manifeste ou le surmenage plus grand.

On pourra formuler les granules de phosphure de zinc de la façon suivante (Gaboriau) :

Phosphure de zinc	0,80 centigr.
Gomme arabique pulvérisée	1 gramme.
Réglisse pulvérisée	3 —
Miel	Q. S.

Pour faire 100 granules qu'on argentera et conservera au sec à l'abri de la lumière. Renouveler la provision tous les mois. L.

—

MODE DE PROPAGATION DE LA PHTISIE PULMONAIRE.

On a fait grand bruit dans le temps à propos des recherches de Cornet, qui ont démontré la présence de bacilles tuberculeux dans les poussières des lieux où séjournent des phtisiques, et, sur la foi de ces recherches, on a cru que le mode principal de propagation de la phtisie consistait dans l'inhalation de ces poussières sèches bacillifères.

Le prof. Flügge a fait des expériences, qui ont abouti à des résultats analogues à ceux que nous avons déjà rapportés au sujet du mode de propagation en général des maladies infectieuses.

Les animaux, auxquels on faisait respirer des poussières contenant des cultures tuberculeuses ou des crachats tuberculeux desséchés, ont, dans l'énorme majorité des cas, donné des résultats négatifs. Cornet lui-même n'arrivait à rendre les animaux tuberculeux qu'en leur injectant, dans le péritoine, des poussières recueillies dans des chambres de tuberculeux et contenant des bacilles de Koch. La juxtaposition de ces deux faits permet donc de dire que le danger de l'inhalation des poussières bacillifères sèches est minime, et, qu'en tous cas, ce n'est pas le mode principal de propagation et de transmission pour la tuberculose pulmonaire.

D'un autre côté, on sait qu'il est très facile de rendre un animal tuberculeux en lui faisant respirer des poussières en suspension dans des liquides (vaporisation) et contenant des bacilles spécifiques. Ce fait permet de supposer que, chez l'homme aussi, l'infection tuberculeuse par inhalation doit s'opérer plus facilement quand les bacilles qu'il aspire se trouvent dans une poussière humide, que lorsqu'ils se trouvent dans une poussière séchée.

Pour étudier cette question de plus près, l'auteur a entrepris, avec Laslschenko, une série d'expériences sur des tuberculeux. Ceux-ci étaient placés dans des caisses spacieuses, dans lesquelles étaient disposées, à des distances variables de l'endroit où se trouvaient les

tuberculeux, des plaques d'agar: le malade une fois dans la caisse, on lui commandait de parler à haute voix, de tousser, d'éternuer. Dans une autre série d'expériences, le malade, qui était placé en dehors de la caisse, parlait, toussait ou éternuait dans la caisse, à travers un orifice pratiqué dans une des parois; après l'expérience, l'air de la caisse était aspiré et conduit à travers une solution de chlorure de sodium. Dans une troisième série d'expériences, des milieux de culture étaient placés à des distances variables de la bouche des malades qui étaient couchés et qu'on faisait parler, ou tousser ou éternuer. Toutes ces tentatives ont donné des résultats positifs, en montrant que, lorsqu'un phtisique parle à haute voix, tousse ou éternue, il se forme autour de lui une atmosphère de poussières humides, imperceptibles à l'œil nu, mais contenant des bacilles tuberculeux. Cette poussière humide, chargée de bacilles, peut donc infecter, par inhalation, les personnes qui entourent le phtisique.

Si ce danger d'infection par les crachats tuberculeux existe et s'il est plus réel que celui qu'on court en absorbant des poussières bacillifères desséchées, un certain nombre de conditions interviennent pour diminuer ou pour augmenter ce danger. Il y a des phtisiques qui toussent rarement et en ayant la bouche fermée; il y en a d'autres qui toussent constamment, d'une façon bruyante, qui expectorent de grandes quantités de mucosités, et qui ont des sécrétions buccales où fourmillent les bacilles. Ces derniers sont naturellement plus dangereux que les premiers. Les personnes qui se trouvent constamment en contact avec des tuberculeux (époux, parents, garde-malades) sont plus exposées que celles qui n'ont que des rapports éloignés avec les malades. Le danger d'infection est également grand dans les espaces clos, ateliers, écoles, casernes, etc. L.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES SINUSITES AIGUËS DE LA FACE.

Continuant ses études de vulgarisation des affections réservées communément aux spécialistes, le dr Lermoyez, dans un article inséré par la *Presse médicale*, met le diagnostic et le traitement des sinusites *aiguës* de la face à la portée de tous les praticiens.

Il insiste d'abord sur l'importance du sujet, les affections en question étant à la fois extrêmement fréquentes et d'une haute gravité.

Leur *fréquence* ne peut être soupçonnée, si l'on s'adresse exclusivement à l'observation clinique, le plus grand nombre des cas restant ignorés. Seules, les recherches anatomo-pathologiques peuvent donner des indications précises; l'auteur cite deux statistiques auxquelles les noms des auteurs donnent un grand poids.

En 1891, Gradenigo fait l'autopsie nasale de 103 sujets pris au hasard, et il trouve 19 empyèmes du sinus maxillaire : soit environ 18 fois sur 100.

Étonné lui-même de cette fréquence, il reprend une nouvelle série de 100 autopsies, choisies au hasard : cette fois, il rencontre la suppuration du sinus maxillaire 26 fois sur 100 !

Donc, sur cinq malades quelconques, pris au hasard dans un hôpital, un au moins est porteur d'une sinusite.

Remarquons que cette statistique est même trop faible : il n'y est pas tenu compte de l'existence des sinusites frontales, ethmoïdales et sphénoïdales, qui, quoique moins fréquentes que la sinusite maxillaire, ne sont cependant pas rares.

Le relevé de Weichselbaum est plus curieux encore. Cet anatomiste autopsie tous les sinus des malades morts de grippe, et, tant purulentes que séro-fibrineuses, il trouve des sinusites chez 90 pour 100 des sujets examinés.

Toutefois, cette statistique a moins de valeur que la précédente, car elle porte sur une série de malades morts d'une affection qui frappe surtout les voies aériennes. Elle est cependant curieuse à signaler.

La fréquence des sinusites ne doit pas étonner, si l'on remonte aux *causes*. Les sinus sont, en quelque sorte, pris entre deux feux : le nez, les dents. Le coryza aigu, d'une part, la carie dentaire, d'autre part, voilà leurs deux facteurs. Or, ces deux affections sont si constantes, que nul n'y échappe.

Le coryza est l'une des causes usuelles des sinusites, aussi bien le simple rhume de cerveau que les rhinites graves des maladies infectieuses. Les sinus communiquent librement avec les fosses nasales et partagent leurs maladies. Ils s'infectent de deux manières : soit que l'inflammation s'y propage par continuité de muqueuse *(sinusite par propagation)*, soit que les mucosités y soient projetées par les efforts du moucher et les inoculent *(sinusites par projection)*. Cependant, tous les coryzas ne donnent pas lieu nécessairement à des sinusites, pas plus que toutes les vaginites ne s'accompagnent de salpingite.

La *carie dentaire* est l'autre cause usuelle des sinusites. Les racines des molaires supérieures sont en rapport intime avec le plancher du sinus maxillaire ; souvent, même, elles pénètrent dans sa cavité. Or, de toutes nos dents, ce sont les molaires supérieures qui se carient le plus souvent. En effet, la mâchoire supérieure est l'enclume, la mâchoire inférieure est le marteau ; et, tout naturellement, le marteau qui donne les coups a moins à souffrir que l'enclume qui les reçoit. De plus, de toutes les molaires celle qui se carie le plus facilement est

la première grosse molaire, c'est-à-dire celle qui est en rapport le plus intime avec le sinus maxillaire.

Il est même étonnant que les sinusites maxillaires ne soient pas plus fréquentes encore, tant est fréquente, presque constante la carie dentaire. Heureusement, le plus souvent, le plancher du sinus est assez épais pour garantir celui-ci contre l'infection odontogène.

Le sinus maxillaire est, de tous les sinus, le seul interposé entre le nez et les dents. Voilà pourquoi il suppure beaucoup plus souvent que ses congénères : il a deux voies d'infection au lieu d'une.

Cependant, les autres sinusites, frontale et ethmoïdale surtout, ne sont pas uniquement nasogènes. En effet, ceci peut se produire : dans un premier temps, une dent cariée infecte le sinus maxillaire; dans un deuxième temps, le pus du sinus maxillaire est conduit par l'apophyse unciforme jusqu'au sinus frontal qu'il inocule. Rien de plus fréquent que cette généalogie des sinusites à deux degrés.

Un troisième acte est même à craindre : l'infection de l'encéphale par la sinusite frontale.

Et l'on peut ainsi mourir de méningite pour n'avoir pas fait enlever à temps une dent malade !

Le *pronostic* des sinusites de la face est effectivement sérieux.

On ne discute plus à propos du danger de l'otorrhée, maintenant qu'il est prouvé que plus de la moitié des abcès du cerveau doivent être imputés à l'oreille.

Or, les cavités des sinus se comportent, au point de vue du danger cérébral, à peu près comme les cavités de l'oreille moyenne. Les unes et les autres sont des espaces pneumatiques, creusés dans l'épaisseur des parois crâniennes; espaces communiquant avec les fosses nasales, où ils puisent, en cas de rhinite, leurs germes d'infection; espaces à embouchure étroite favorisant la rétention de leurs sécrétions; espaces à paroi externe malheureusement épaisse, séparés au contraire de l'encéphale par une mince lamelle osseuse, souvent percée de déhiscences congénitales.

A la vérité, le pronostic varie d'une sinusite à l'autre.

Les recherches de Dreyfuss ont appris :

a) Que la *sinusite maxillaire* est naturellement bénigne, à condition qu'elle demeure isolée; elle ne menace guère que l'*œil*.

b) Que la *sinusite ethmoïdale* est sérieuse, parce qu'elle expose à la *méningite de la base;* elle a heureusement une soupape de sûreté dans la production facile du phlegmon de l'orbite;

c) Que la *sinusite frontale* est grave, ayant pour principale complication l'*abcès du cerveau;*

d) Que la ***sinusite sphénoïdale*** est, de toutes, la plus à redouter, car sa complication classique, la ***thrombose du sinus caverneux***, n'est pas, comme l'abcès fronto-cérébral, justiciable de la chirurgie d'aujourd'hui.

Heureusement, un grand nombre de sinusites ***aiguës*** aboutissent spontanément à la guérison, et cette terminaison serait encore plus fréquente, assure le dr Lermoyez, si un diagnostic précis conduisant à un traitement rationnel était fait par les médecins ; il rend ceux-ci responsables en grande partie du passage des sinusites à l'état chronique, lequel est incurable en dehors de l'intervention chirurgicale.

Il part de là pour exposer un moyen de diagnostic et un procédé de traitement qui permettent de reconnaître et de guérir presque à coup sûr les sinusites aiguës, ***sans qu'il soit nécessaire de posséder la moindre expérience rhinologique***.

Le *diagnostic* des sinusites aiguës n'est presque jamais fait ; l'auteur a relevé les erreurs de diagnostic les plus fréquentes.

Pour les sinusites aiguës bénignes : coryza violent, coryza goutteux, névralgie dentaire, névralgie faciale à frigore, douleurs rhumatoïdes. Pour les sinusites graves : érysipèle de la face, méningite, état méningitoïde, méningisme, et, enfin, le diagnostic inévitable d'influenza.

Ces erreurs de diagnostic ne sont pas seulement fréquentes, elles sont constantes ; et voici qui le démontre :

E. Fränkel (de Hambourg) voulant faire des recherches bactériologiques sur cette question, examina 146 sinusites trouvées chez des malades ayant succombé dans les hôpitaux de Hambourg. Or, sait-on combien de ces 146 sinusites avaient été reconnues pendant la vie ?... Pas une seule !

Les erreurs viennent surtout de la mauvaise idée qu'on se fait des sinusites. Le dr Lermoyez fait ici un rapprochement parfaitement juste.

Si, dit-il, ignorant comme nos aïeux la percussion et l'auscultation, nous ne reconnaissions la pleurésie purulente que dans les cas où le pus pleural, traversant la paroi thoracique, vient former un abcès sous-cutané, il est probable que la grande majorité des empyèmes passerait inaperçue.

Or, tous les livres classiques ont jusque dans ces derniers temps propagé une erreur colossale. Il y est dit, en effet, qu'une sinusite se reconnaît à la chaleur, à la rougeur, au gonflement de la peau, avec, au niveau du sinus incriminé, une sensation de crépitation parcheminée. Eh bien ! ce ne sont pas du tout là les signes d'une sinusite : ce sont les signes d'une complication très rare des sinusites, l'extériorisation. Tant que reste ouvert l'orifice nasal d'un sinus, le pus se

déverse dans le nez et la gorge, sans que rien ne s'en trahisse au dehors; ce n'est que dans les cas rares où cet orifice se ferme, que le pus, trouvant close sa porte de sortie normale, cherche à se faire une issue, soit vers la peau, soit plus souvent et plus rapidement vers le cerveau.

Rien de plus facile cependant que de reconnaître, même sans le secours de la rhinologie, une sinusite aiguë.

Tout d'abord, laissant de côté de très rares exceptions, on peut poser cette première règle que *les adultes ont seuls des sinusites;* jusqu'à quinze ans, les sinus sont presque virtuels : ils ne comptent pas en pathologie nasale.

Cela dit, on doit considérer comme atteint d'une sinusite aiguë tout individu chez qui apparaissent soudainement et simultanément : une suppuration nasale et une névralgie faciale.

Ce sont là les deux symptômes essentiels.

1° *Suppuration nasale.* — A la suite d'un coup de froid sur un coryza préexistant, ou au cours d'une rage de dents, un individu mouche tout d'un coup du pus; parfois l'écoulement est si abondant qu'il tombe en gouttes hors du nez, quand la tête est penchée en avant. Le plus souvent — et ceci est un grand signe — l'écoulement est *unilatéral*, la sinusite ou les sinusites étant limitées à un seul côté; mais cela n'est pas fatal, l'écoulement pouvant se faire aussi par les deux narines, soit que les sinusites soient bilatérales, soit que le pus, déversé dans la fosse nasale atteinte et coulant dans le nasopharynx, revienne de là dans la fosse nasale saine. Souvent aussi, ce pus est *fétide;* et le malade *a conscience de cette cacosmie*, contrairement à ce qui a lieu dans l'ozène ou le coryza syphilique; mais, peu importe ce signe accessoire, qui n'est pas nécessaire.

Remarque importante : si le malade est couché — et il l'est le plus souvent au début d'une sinusite aiguë — il ne se mouche pas; la déclivité fait couler les sécrétions dans la gorge, ou elles sont avalées inconsciemment; mais alors rien n'est plus simple que de constater, avec un abaisse-langue, une nappe de pus épais qui tapisse le fond du pharynx.

2° *Névralgie faciale.* — Peu importe son siège : sous-orbitaire, sus-orbitaire, dentaire, épicranienne. Peu importe qu'elle soit continue, ou, au contraire, d'une intermittence qui simule l'impaludisme, chose fréquente dans l'histoire des sinusites aiguës .. Peu importe qu'elle cède ou non à l'antipyrine... Le praticien doit admettre comme axiome que tout individu qui souffre de la tête, en même

temps que son nez suppure, a une sinusite aiguë, si ces phénomènes ont eu un début simultané et subit.

Certes, ce diagnostic schématique peut tromper : il n'aura pas la précision de celui des rhinologistes qui, avec le spéculum nasal, voient directement le pus sortir de l'orifice des sinus, et qui, avec l'éclairage par transparence constatent l'opacité des cavités malades. Mais, quand le praticien se trompera, il se trompera en bien. Peut-être aussi considérera-t-il comme sinusites des coryzas simples qui n'en sont pas ; mais, certainement, il ne laissera passer inaperçue aucune sinusite aiguë ; et toujours il la guérira. Et comme, en définitive, le traitement abortif des sinusites aiguës est des plus simples et des plus bénins, c'est un bien petit mal, si, de temps à autre, il est prescrit à des malades qui n'ent on pas besoin.

Le *traitement* des sinusites aiguës est également simple ; il y a des cas où il faudra opérer d'urgence, par exemple *a)* s'il existe quelque *accident cérébral* à haute signification, convulsions, coma, etc. *b)* si la sinusite s'est déjà extériorisée en un *phlegmon orbitaire* ou *sous-cutané*. Dans ces cas, pas de temps à perdre.

De même, il faut intervenir chirurgicalement, si le traitement médical appliqué pendant un temps suffisant (deux semaines en moyenne) n'a rien donné.

Dans la grande majorité des cas, on commencera par un traitement *médical*, qui sera souvent abortif.

Pour en comprendre l'utilité, demandons-nous d'abord pourquoi la sinusite persiste si longtemps, alors que le coryza qui l'engendre disparaît si vite ? Pour cette seule et unique raison que, par suite de l'exiguité et de la situation défavorable des orifices sinusaux, les sécrétions ont peine à s'évacuer ; et, quand la tuméfaction inflammatoire épaissit la muqueuse qui tapisse ces embouchures, celles-ci s'obstruent. La *rétention* des sécrétions est la cause de la non-guérison des sinusites aiguës. Par conséquent, la première condition pour guérir est de rétablir le *drainage* des sinus ; drainage qui, cela va sans dire, se fera non pas par une ouverture extérieure artificielle, mais en utilisant les orifices naturels qui s'ouvrent dans le nez.

On a conseillé à cet effet la douche nasale. Elle est inutile, puisqu'elle ne peut pénétrer dans les sinus atteints ; elle est dangereuse, car elle peut charier du pus vers l'oreille moyenne, et y faire éclater une otite.

La douche d'air avec la poire de Politzer a cet avantage de bien vider le sinus atteint, et de calmer, séance tenante, les douleurs résultant de la rétention du pus ; mais, comme la douche de Weber, elle peut compromettre l'oreille et les sinus non encore atteints.

Pour assurer le drainage permanent des sinus malades, le dr Lermoyez propose d'avoir recours au *menthol.*

Le menthol présente en l'espècce quatre avantages : 1° il n'est *pas toxique* et peut être administré à doses quelconques; 2° il est *vaso-constricteur local*, comme la cocaïne; comme elle, il diminue la tuméfaction de la muqueuse nasale et rétablit la perméabilité des orifices sinusaux; 3° il est *analgésique* et calme les douleurs, non seulement en faisant cesser la rétention des sécrétions amassées dans les sinus, mais encore en exerçant une action calmante sur toute la surface de la muqueuse malade; 4° il est *antiseptique* et maintient une atmosphère bactéricide dans les cavités infectées.

Comment porter le menthol jusqu'à la muqueuse sinusale? En utilisant une de ses propriétés que ne possède pas la cocaïne : sa volatilité à basse température. Mais, les vapeurs pures de menthol sont beaucoup trop irritantes dans le cas actuel; elles demandent à être diluées. Pour cela, il suffit de les mêler à de la vapeur d'eau. Celle-ci aide, d'ailleurs, l'action du menthol : Variot nous a montré son action puissamment résolutive sur les inflammations aiguës des voies aériennes supérieures. La vapeur d'eau est le véhicule qui va transporter le menthol jusqu'au point malade; donc, pas n'est besoin d'instillations, de badigeonnage, mais seulement d'une inhalation banale qui ne demande, pour être appliquée, aucune notion de rhinologie.

Quel est le dispositif de cette inhalation? Dans un bol d'eau très chaude, mais non bouillante, on jette, en l'y mêlant bien, une cuillerée à café de la solution suivante :

Alcool à 90°	100 grammes.
Menthol cristallisé	4 grammes.

On coiffe le bol d'un inhaleur quelconque et on inspire par le nez la vapeur qui s'en échappe. A défaut de cet appareil, on peut se contenter de recouvrir le bol d'un entonnoir renversé, dont on introduit la petite extrémité dans la narine du côté malade.

Comment doit être prescrite cette inhalation? Théoriquement, il serait nécessaire que cette inhalation fût continue, comme l'est un pansement. En pratique, on recommande au malade de la renouveler toutes les heures, pendant cinq ou dix minutes.

Cette inhalation est bien supportée; le malade la recherche même, sentant combien vite elle le soulage. Elle provoque un flux nasal abondant, qu'il faut moucher doucement, et en maintenant une seule narine fermée (moucher à la paysanne), pour éviter d'emboliser l'oreille.

En résumé, ***inhalations subcontinues de vapeur d'eau mentholée***;

tel est, naïf dans son apparente simplicité, le traitement abortif et curatif le plus puissant des sinusites aiguës

On appuiera ce traitement en prescrivant l'application permanente de *compresses humides chaudes*, sur le front en cas de sinusite frontale, sur les joues s'il y a sinusite maxillaire. Ces enveloppements, dont on sait l'action résolutive, doivent être continus; mais, ils pourront être suspendus dès que les douleurs auront cessé.

Bien entendu, on suivra l'hygiène classique de toute maladie fébrile : repos au lit, diète légère, etc. Les purgatifs sont utiles pour débarrasser l'intestin du pus avalé en abondance. L'antipyrine, la phénacétine calment les douleurs et permettent d'attendre plus patiemment les premiers effets des inhalations.

Une dernière recommandation capitale : *enlever sans aucun retard toute molaire supérieure suspecte de causer la sinusite ou de l'entretenir*, tout en se rappelant qu'une sinusite maxillaire nasogène peut rendre momentanément douloureuse à la percussion toute la série de molaires correspondantes, ce qui ne veut pas dire que celles-ci soient malades, et encore moins qu'il faille les extraire.

Quel est l'effet de ces inhalations?

1° La *douleur* cède tout d'abord; de continue, elle devient intermittente : cet effet est presque immédiat. Puis, les crises douloureuses s'espacent, se raccourcissent; elles cessent d'être spontanées et ne sont plus rappelées que par les efforts. Enfin, elles disparaissent définitivement, en général avant le huitième jour.

2° L'*écoulement nasal* ne commence à diminuer que plus tard, vers le cinquième jour. Tout d'abord, il cesse d'être fétide; puis la sécrétion prend de plus en plus le caractère muqueux, et suit la gamme descendante que voici : pus fétide, pus louable, pus filant, muco-pus, mucus louche, mucus transparent.

3° L'*opacité des sinus*, constatée à l'éclairage par transparence, est le signe le plus lent à disparaître. Cette opacité survit plusieurs semaines à la rétrocession de tous les autres symptômes.

Ce traitement que tout le monde peut instituer, ne réussira pas assurément dans tous les cas, et, si, après l'avoir sérieusement appliqué pendant dix jours au moins, on n'en retire aucun résultat, alors seulement on sera autorisé à intervenir chirurgicalement. Dans tous les cas, où l'auteur l'a prescrit, ce traitement abortif lui a donné des résultats rapides et définitifs. L.

DE LA CASTRATION DANS L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

Les drs Albarran et Motz viennent de consacrer, dans les *Annales des maladies des organes génito-urin.*, une longue étude, à la fois

expérimentale et clinique, au traitement de l'hypertrophie de la prostate par les opérations pratiquées sur le testicule et ses annexes : castration, résection des canaux déférents ; nous analysons dans ce n° le partie de cette étude qui a rapport à la *castration.*

Prostate normale. Les auteurs ont voulu s'assurer d'abord, expérimentalement, si la castration entraînait réellement, comme on l'avait assuré pour introduire cette opération dans la thérapeutique des prostatiques, l'atrophie de la prostate normale.

Or, ils ont constaté que l'atrophie prostatique à la suite de la castration s'observe chez tous les animaux sur lesquels ils ont expérimenté ; le cheval, le bœuf, le verrat, le chien, le chat. *Cette atrophie est constante quel que soit l'âge de l'animal* en expérience : chez le chien en particulier, on constate une atrophie remarquable, même lorsqu'on expérimente sur de très vieux animaux.

Le processus d'atrophie est surtout marqué sur les glandes prostatiques Le stroma interposé aux glandes subit lui aussi des modifications, mais ses altérations sont plus tardives et beaucoup plus variables d'un animal à l'autre. D'une manière générale on peut dire que le tissu conjonctif devient plus dense et qu'un nombre plus ou moins considérable de fibres musculaires disparaît par atrophie.

Le résultat de ces changements de structure est en général une notable diminution dans le volume de la prostate ; seul le bœuf a une prostate presque aussi grande que celle du taureau, quoique le microscope démontre chez cet animal une atrophie étendue des glandes et des fibres musculaires.

Chez l'homme, les observations, très incomplètes toutefois, tendent à démontrer également que la castration double, pratiquée dans l'enfance, comme chez les eunuques, arrête le développement de la prostate ; c'est seulement par analogie avec le résultat des expériences sur les animaux qu'il est naturel de penser que l'opération aurait le même effet chez l'adulte et chez le vieillard.

Prostate hypertrophiée. Quels sont les effets dans ce cas de la castration ?

Au point de vue *anatomo-pathologiqne,* les documents sont jusqu'à présent insuffisants ; l'étude anatomique de la prostate hypertrophiée après la castration est à faire en entier.

Au point de vue *clinique*, les résultats obtenus jusqu'à présent permettent de tirer des conclusions assez précises déjà.

I. *Action sur la prostate.* Le volume de la prostate hypertrophiée ne peut être apprécié que d'une manière approximative par le toucher rectal, par la longueur de la traversée à la sonde de la portion prostatique de l'urèthre et enfin par la plus ou moins grande facilité dans

le cathétérisme. Ces explorations suffisent en clinique, employées ensemble ou séparément.

Or, d'après les faits publiés, on peut dire que la diminution de volume de la prostate hypertrophiée paraît un fait général à la suite de la castration. Ne manquant jamais dans les hypertrophies avec simple dysurie ou avec rétention aiguë d'urine, la diminution de volume de la prostate paraît plus lente à se produire dans les cas de rétention chronique complète ou incomplète et elle peut même manquer de 4 à 6 mois et même un an après l'opération.

Les auteurs insistent sur les *atrophies tardives et lentes* qu'on peut observer à la suite de la castration ; il ne faut donc pas croire trop vite à l'insuccès de l'intervention.

Quelles sont les *causes de la diminution de volume* constatée? Il y en a deux : à côté de la diminution de volume due à l'*atrophie*, il faut faire une grande place à celle due à la *décongestion* de la glande.

La décongestion n'est pas niable ; elle seule peut expliquer la diminution de volume très appréciable dans les premiers jours qui suivent l'intervention opératoire; dans ces cas, en effet, on ne peut invoquer l'atrophie de la glande pour expliquer son amoindrissement. La décongestion consécutive à la castration est encore démontrée par ce fait que, dans les cas de rétention aiguë et de dysurie, on observe la diminution de volume de la prostate plus rapidement que dans les cas de rétentions chroniques. On sait en effet le rôle prépondérant que joue la congestion dans la dysurie et dans les épisodes de rétention aiguë des prostatiques, tandis que les phénomènes congestifs sont de moindre importance dans les rétentions chroniques. A noter enfin que la diminution rapide de consistance de la prostate, souvent constatée dans les premiers jours qui suivent l'opération, ne peut, elle aussi, s'expliquer que par la diminution de la congestion de la glande.

Y a t-il, à la suite de la castration double, une véritable atrophie de la prostate hypertrophiée déterminant la diminution de volume de la glande?

Étant donné le rôle prépondérant que joue la prolifération des glandes dans l'hypertrophie prostatique, il est rationnel de penser, d'après les expériences pratiquées sur les animaux, que cette atrophie se produit, mais, comme nous l'avons noté plus haut, elle n'a pas encore démontrée anatomiquement; cette atrophie serait en tous cas moins marquée pour les prostates hypertrophiées dans lesquelles le stroma est relativement plus développé que le tissu glandulaire.

II. *Action sur la vessie.* Les auteurs ont divisé sous ce rapport les prostatiques en quatre catégories.

1° *Prostatiques avec dysurie sans rétention d'urine.* — Chez ces malades la contractilité vésicale est conservée, mais la fréquence des mictions est augmentée par la congestion de la prostate et de la vessie et, dans certains cas, par la cystite surajoutée.

Sur 14 observations appartenant à cette catégorie, relevées par les auteurs, nous trouvons : une mort rapide, un résultat non indiqué, sept guérisons et quatre améliorations.

La castration double chez ces prostatiques aboutit donc rapidement à la guérison ou à l'amélioration des symptômes. Comme la dysurie chez les prostatiques doit être mise sur le compte des phénomènes congestifs et que, d'autre part, dans toutes ces observations on trouve notée la diminution de volume de la prostate, nous devons admettre que les résultats obtenus sont dus à la décongestion déterminée par l'opération. En ce qui regarde la cystite, nous pouvons comprendre les résultats obtenus en invoquant le même mécanisme, car la congestion est une des principales conditions prédisposantes à l'infection vésicale.

2° *Prostatiques avec rétention aiguë.* — Les résultats obtenus par la castration dans ces cas sont vraiment remarquables. Sur vingt malades opérés, nous trouvons trois morts rapides; dans les dix-sept autres cas la miction spontanée s'est rétablie avec une rapidité souvent surprenante au bout de quelques heures parfois.

Il est d'observation en outre que les sujets opérés n'ont plus présenté dans la suite de nouveaux accès de rétention.

En ce qui regarde le mécanisme de l'action de la castration dans les rétentions aiguës des prostatiques, il est naturel de penser que la décongestion de la glande joue le plus grand rôle. Nous savons en effet que ces accès de rétention sont dus à la congestion. D'un autre côté, dans tous ces cas de rétention aiguë, lorsque l'état de la prostate est mentionné, les auteurs indiquent que la glande a diminué rapidement de volume.

3° *Prostatiques avec rétention chronique incomplète.* — Les auteurs ont réuni quarante et une observations de cette catégorie parmi lesquelles nous trouvons quatre morts; quatre malades chez qui la quantité d'urine résiduale n'a pas diminué; quatorze améliorations avec diminution du résidu et dix-neuf guérisons, les malades pouvant évacuer complètement et spontanément leur vessie.

Parmi les malades améliorés ou guéris de leur rétention, nous en trouvons trois chez qui l'amélioration s'est manifestée dès les premières quarante-huit heures; mais chez la plupart on ne voit le mieux survenir que dans les semaines qui suivent l'opération.

En résumé, sur 37 malades atteints de rétention chronique incom-

plète ayant survécu à la double castration, il y a eu 34 améliorations ou guérisons au point de vue de l'évacuation de la vessie. Dans tous les cas, même lorsque le résidu n'a pas diminué, la fréquence des mictions est devenue moindre. Dans 5 cas, la guérison persistante a été constatée de six à dix-huit mois après l'opération.

4° *Prostatiques avec rétention chronique complète.* Sur un total de 49 observations reprises dans les tableaux des auteurs, nous trouvons 10 morts, 5 échecs, au point de vue du rétablissement de la miction; 14 cas dans lesquels la miction spontanée est revenue en partie et 20 malades considérés comme guéris parce qu'ils pouvaient vider complètement leur vessie.

Sur les 39 malades ayant survécu, 5 seulement n'ont pu uriner spontanément, chez les 34 autres, la miction spontanée a commencé en moyenne quinze à vingt jours après l'opération, souvent quelques heures et rarement deux mois après.

20 malades sur 39 peuvent être considérés comme guéris, étant donné qu'ils vident complètement leur vessie et 15 comme améliorés parce qu'il restait une certaine quantité d'urine résiduale.

L'amélioration des malades est généralement progressive et marche de pair avec la diminution de volume de la prostate qui peut manquer quelquefois.

Parmi les observations datant de plus de six mois, nous comptons 5 malades guéris et un échec.

Il n'a pas été possible d'établir un rapport entre l'ancienneté de la rétention et le résultat obtenu; on a observé des guérisons dans des rétentions datant de trois à dix-huit ans.

Impossible aussi de dire si les résultats obtenus sont meilleurs dans les hypertrophies molles que dans celles qui sont fermes et dures au toucher.

Il a paru que la castration augmente le pouvoir contractile de la vessie.

Gravité de la castration chez les prostatiques. En relevant l'ensemble des cas compris dans les tableaux, nous trouvons sur 124 cas, 18 morts, soit 14,50 p. c. de mortalité; ce chiffre élevé s'explique, parce qu'un grand nombre de malades ont été opérés lorsqu'ils présentaient des accidents graves d'infection rénale et d'infection générale.

En effet, les auteurs ont trouvé que sur 220 prostatiques dont l'état était assez grave pour les faire entrer à l'hôpital, il y avait 31 cas de mort, c'est-à-dire 14 p. c. L'opération ne présente en elle même aucune gravité et on évitera toute mortalité en n'opérant que des malades qui ne présentent aucune contre-indication.

Chez certains malades, on a constaté après l'opération quelques troubles généraux, de la faiblesse, de l'inaptitude au travail, mais ces désordres, en général peu accusés, disparaissent presque toujours assez vite.

On peut relever, à la suite des opérations de castration double, des troubles psychiques variant de la simple dépression intellectuelle au délire et à la manie aiguë; ces désordres apparaissent généralement dans les premiers jours qui suivent l'opération, ils persistent pendant quelques jours, puis disparaissent sans laisser de traces.

Indications actuelles de la castration chez les prostatiques. Les auteurs ne méconnaissent pas que les résultats, dans les cas analysés ou observés par eux, ne traduisent peut-être pas fidèlement la situation, en ce sens qu'ils seraient trop favorables, les succès étant comme toujours plus souvent publiés que les échecs, mais, abstraction faite de cette réserve, il leur semble que, sans contestation possible, les bons effets de la castration double dans l'hypertrophie de la prostate sont bien établis dans la grande majorité des cas.

Les résultats de la castration leur paraissent tels que, s'il s'agissait d'une opération banale, elle devrait être conseillée à la majorité des prostatiques. Mais il est rare qu'un malade, si âgé soit-il, renonce volontiers à ses testicules; souvent ces organes lui rendent encore quelques services, et même lorsqu'ils sont inutiles, des sentiments complexes conduisent à désirer leur conservation. En outre, il ne faut pas oublier que la castration double, tout en ne présentant aucune gravité chez des individus sains, peut précipiter la mort de certains malades gravement atteints.

Ces deux ordres de considérations doivent faire repousser la castration double dans les cas d'infection rénale ou générale grave, ainsi que dans les accidents de l'hypertrophie de la prostate qui peuvent être guéris par des moyens plus simples. C'est ainsi que dans les cas de dysurie simple et dans les rétentions aiguës, il faut tout d'abord s'adresser au traitement ordinaire; ce sera seulement lorsque le traitement échoue ou qu'on voit les accidents se renouveler à plusieurs reprises, de manière à faire craindre la rétention chronique, qu'on pourrait, aussi bien au point de vue curatif qu'au point de vue préventif, proposer l'opération. Dans les cas de rétention chronique, complète ou incomplète, l'opération paraît indiquée toutes les fois que le cathétérisme méthodiquement employé ne suffit pas à guérir la rétention.

L'indication générale d'opérer dans les rétentions chroniques que le cathétérisme ne peut guérir, se déduira de la marche progressive de la maladie, des accidents fréquents, des dangers réels du cathétérisme habituel.

L'existence près du col de la vessie d'une protubérance due à l'hypertrophie prostatique paraît plutôt justiciable de la prostatectomie que de la castration double : la première de ces deux opérations agit plus directement et donne, sans grand danger dans ces cas, de très beaux résultats.

On a prétendu établir une distinction clinique entre les formes fibreuses et glandulaires de l'hypertrophie prostatique, plusieurs auteurs affirmant qu'on ne doit pas opérer lorsque la prostate est dure au toucher.

En réalité, on a une tendance trop générale à trouver une relation entre la consistance de la prostate et sa structure histologique : on croit que les prostates dures correspondent aux formes fibreuses de l'hypertrophie, tandis que dans les prostates molles les éléments glandulaires dominent. De l'avis des auteurs, c'est là une appréciation erronée.

Pour le moment, nous ne possédons pas des moyens cliniques de distinguer les prostates fibreuses des prostates glandulaires. Du reste, il semble que la castration agit aussi, en partie du moins, sur les prostates fibreuses.

Lorsque la contractilité a encore quelque puissance, on a plus de chances de réussite, mais on peut voir la miction se rétablir aussi chez des prostatiques dont la contractilité paraissait abolie.

Outre ces indications générales, quelques complications fréquentes peuvent indiquer l'opération, à savoir les difficultés du cathétérisme, les hémorragies et les orchites.

Les difficultés du cathétérisme chez les prostatiques dépendent du volume ou de la forme de l'hypertrophie, et, comme on le sait, ces difficultés augmentent avec les poussées congestives et les prostatites infectieuses surajoutées à l'hypertrophie. Les hémorrhagies sont sous la dépendance des phénomènes congestifs et les orchites sont dues à l'infection par le sondage. Or, on peut, dès à présent, dire que, sauf les cas d'infection, la castration double facilite en général le cathétérisme, qu'elle est un puissant moyen pour combattre les congestions hémorrhagiques et que la fréquente répétition des orchites peut faire désirer dans quelques cas de supprimer les testicules.

L.

DE L'ANESTHÉSIE LOCALE PAR INFILTRATION.

Nous avons déjà signalé ce procédé d'anesthésie, dû à Schleich, qui est très apprécié en Allemagne et se recommande à la fois par son inocuité et l'étendue de ses applications.

Son avantage principal consiste en ce que l'anesthésie peut être provoquée par une dose minime de cocaïne.

Schleich en a conçu l'idée à la suite d'expériences diverses qui ont été reprises par Custer ; le d[r] Romme a donné l'analyse des unes et des autres dans la *Presse médicale.*

Schleich a fait la plupart de ses expériences sur lui-même. Il s'injectait, dans la peau de l'avant-bras gauche, une certaine quantité du liquide dont il voulait connaître la valeur analgésique et examinait le degré et l'étendue de l'insensibilité de la plaque qui se formait autour du point d'injection.

Ses premières expériences ont été faites avec de l'*eau distillée* pure. Il a pu constater que si l'eau distillée est un anesthésique parfait, elle a l'inconvénient de provoquer tout d'abord une douleur extrêmement vive (douleur d'infiltration) qui persiste pendant quelque temps avant que l'analgésie ne s'établisse.

Il essaya alors d'une *solution de chlorure de sodium* à 0,6 pour 100, et trouva que ce liquide ne provoque aucune douleur d'infiltration, mais en revanche ne produit aucune espèce d'anesthésie. En abaissant alors progressivement le titre de la solution, il finit par trouver que la solution de chlorure de sodium à 0,2 pour 100 possédait des propriétés anesthésiques parfaites sans provoquer de douleur. Pour Schleich, cette solution est l'anesthésique idéal, qui peut être employé dans les opérations tant que l'incision va porter sur des tissus sains, ne présentant pas de modifications pathologiques et, par conséquent, d'hyperesthésie.

Custer n'a pas trouvé cependant que la solution de chlorure de sodium à 0,2 p. 100 ne provoque aucune douleur, si on l'injecte dans les tissus, mais a confirmé son effet anesthésique; on peut dire en règle générale que toutes les solutions chlorurées qui renferment une quantité plus grande ou une quantité moins grande de chlorure de sodium que la solution physiologique à 0,6 pour 100 sont douloureuses et d'autant plus douloureuses qu'elles s'éloignent davantage de la solution physiologique; en revanche, plus cette différence est grande, plus l'effet anesthésique de la solution chlorurée est marquée.

La solution de chlorure de sodium possède encore une autre propriété; si elle est associée à des substances analgésiques, elle permet d'abaisser notablement la proportion des substances pour obtenir un effet donné.

Ainsi, une solution de cocaïne à 1 pour 100 dans l'eau chlorurée (à 0,2 pour 100) produit le même effet anesthésique (et sans douleur d'infiltration) qu'une solution de cocaïne à 0,2 pour 100 dans l'eau distillée, et il est à remarquer que l'effet anesthésique d'une pareille solution est suffisant.

La morphine et l'acide phénique en solution dans l'eau chlorurée à 0,2 pour 100, produiraient, d'après Schleich, le même effet anesthésique (et sans douleur d'infiltration) que la cocaïne, la première en solution à 0,1 pour 100, la seconde en solution de 0,2 à 1 pour 100.

Pour expliquer les effets anesthésiques des injections interstitielles de solutions si faibles de cocaïne ou de morphine ou d'acide phénique, Schleich, en s'appuyant sur les effets anesthésiques de l'eau chlorurée à 0,2 pour 100, invoque les facteurs suivants : 1° l'ischémie qui se produit dans la région infiltrée par le liquide; 2° la compression des éléments nerveux par le liquide injecté, ce qui interrompt leur conductibilité; 3° le refroidissement de la région par le liquide injecté; 4° l'altération chimique des éléments nerveux par le narcotique injecté (cocaïne, morphine, acide phénique).

D'après Schleich, les trois premiers facteurs, d'ordre physique, expliquent l'anesthésie qu'on obtient par l'injection interstitielle de liquides indifférents dans les *tissus normaux*, c'est-à-dire possédant une sensibilité normale, Le quatrième, d'ordre chimique, n'intervient ou plutôt n'acquiert de l'importance, que quand il s'agit d'obtenir l'anesthésie d'un *tissu pathologiquement modifié* et présentant, par conséquent, une hyperesthésie plus ou moins accentuée.

Comme c'est ordinairement le cas chaque fois qu'il importe d'obtenir une anesthésie chirurgicale, Schleich emploie une solution de cocaïne très faible dans l'eau chlorurée, selon la formule suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0,2.
Chlorhydrate de morphine	0,025.
Chlorure de sodium	0,2.
Eau distillée	Q. S. pour faire 100.
Eau phéniquée à 5 pour 100	II gouttes.

Cette solution est employée surtout dans les cas où les tissus très enflammés présentent une hyperesthésie considérable; la dose de cocaïne est abaissée de moitié dans la formule pour les cas ordinaires (10 centigrammes) et, même réduite à 1 centigramme lorsqu'il est nécessaire d'injecter de grandes quantités.

Ce sont les trois solutions employées : on atteindra ainsi la dose maxima de cocaïne (0,05 centigrammes) qu'on puisse injecter sans danger au cours d'une opération, avec 25 seringues de Pravaz de la solution n° 1, avec 50 de la seconde et 500 de la troisième. On comprend aisément que la dose maxima est rarement atteinte.

La technique des injections est aussi spéciale; l'anesthésie est poursuivie par étapes de la superficie vers la profondeur dans le cours des opérations; en d'autres termes on n'incise les tissus qu'après y avoir pratiqué une série d'injections interstitielles aux endroits sur lesquels doit porter l'incision.

Pour anesthésier la peau, il faut avoir soin de faire l'injection non pas dans le tissu conjonctif sous-cutané. mais dans le derme même.

D'après Custer, la peau, les muscles, les nerfs se laissent facilement infiltrer; l'infiltration du périoste est plus difficile, mais on y parvient en poussant le liquide avec un peu plus de force. Là où les difficultés deviennent très grandes, c'est lorsqu'on a à traverser des tissus sclérosés ; dans ces cas, on est parfois obligé de renoncer à la méthode de Schleich.

Les opérations qu'on peut faire avec l'anesthésie par la méthode de Schleich sont nombreuses, et peuvent compter parmi les plus importantes de la chirurgie.

On a objecté que les injections intra-dermiques ou, d'une façon plus générale, les injections interstitielles, devaient prédisposer à la nécrose des tissus. Cet accident n'a jamais été observé ni par Custer, ni par Schleich, ni par aucun des chirurgiens qui ont employé cette méthode.

On a encore soutenu que ces injections favorisaient les infections; d'après Custer, si l'on opère avec des solutions stériles et une seringue aseptique, on se met sûrement à l'abri des infections possibles.

On a enfin invoqué le danger d'intoxication par la cocaïne. D'après Schleich et d'après Custer, ce danger serait nul. Tout d'abord, le titre de la solution est excessivement faible, et l'on sait que le degré de concentration des solutions de cocaïne joue, au point de vue de l'intoxication, un rôle considérable; en second lieu, le liquide injecté refoule et comprime les tissus, ce qui rend son absorption difficile; enfin, l'incision ultérieure des parties infiltrées fait couler au dehors une partie de liquide injecté. Du reste, dans les milliers d'opérations qui ont été pratiquées avec la méthude d'anesthésie de Schleich, on n'a jamais observé d'intoxications. L.

MOMENT D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS.

Nombre de substances médicamenteuses peuvent sans inconvénient être prescrites à volonté à jeun, pendant ou après le repas : il ne s'agit pas alors, en général, de médicaments actifs, aussi présentent-ils peu d'intérêt au point de vue du sujet, dont s'occupe le dr Vogt dans la *Rev. de thérap. médico-chirurg.*

En premier lieu, il faut, ainsi qu'il fait observer, ne pas perdre de vue que l'estomac représente un réservoir à réaction acide, réagissant, sous l'influence d'irritations localisées, par des phénomènes douloureux, et n'entrant en activité physiologique que sous l'influence d'excitations plus importantes. Si donc on veut faire tolérer une substance

irritante, il faudra éviter de donner cette substance sous un petit volume, car elle provoquera, en arrivant dans l'estomac, des phénomènes douloureux et des perturbations localisées. Si au contraire cette substance est donnée en état de dilution, ou si elle arrive dans un estomac en pleine activité digestive. on n'aura pas à craindre d'irritation localisée. Donc, les médicaments irritants solubles seront donnés en état de dilution, les insolubles au moment du repas. Les liquides ne séjournant jamais longtemps dans l'estomac, les solutions préparées d'après ces données pourront être administrées à jeun sans inconvénient.

Sans que le médicament soit irritant, la forme sous lequelle il est administré peut avoir une influence nocive. Chaque praticien sait que l'ingestion de *pilules* à jeun provoquera fort souvent de la gastralgie, et s'abstiendra en général de les administrer à ce moment.

Il en est ainsi également de la forme en *cachets*, comme nous l'avons déjà signalé. Supposons un cachet ingéré, comme c'est presque toujours le cas, avec très peu d'eau ; au moment où il s'ouvrira dans l'estomac, la poudre qu'il contient se trouvera en contact avec un point localisé de la muqueuse et l'irritera plus ou moins fortement. S'il s'agit de salicylate de soude, par exemple, ce contact peut même arriver à produire une ulcération de la muqueuse. Il faut donc, quand on veut faire tolérer à un estomac vide un cachet médicamenteux, administrer ce dernier dans une grande quantité de véhicule. Il va sans dire que si l'on donne le cachet pendant le repas ou au début de la digestion, cette précaution n'est plus si nécessaire, Le médicament se mélange en effet intimement au bol alimentaire, se divise à l'infini et ne peut plus exercer d'action irritante localisée.

L'heure du médicament variera aussi, suivant que l'on désire une absorption plus ou moins active. Les liquides ingérés à jeun sont absorbés très rapidement, à condition qu'ils ne séjournent pas trop longtemps dans l'estomac : les solutions à prescrire à jeun seront donc toujours diluées, pour que l'estomac les garde le moins longtemps possible.

Il est certain que l'on arrive exceptionnellement à faire tolérer par l'estomac à jeun des solutions concentrées, mais une médication prolongée ne saurait être instituée dans ces conditions : les solutions concentrées ne pourront donc être prescrites qu'au moment du repas.

Les phénomènes digestifs qui ont pour siège l'estomac exercent-ils une action modificatrice sur le médicament ? Cette action n'est guère probable, en dehors de quelques cas particuliers, tels, par exemple, que la neutralisation de substances alcalines par l'acidité stomacale.

L'influence du médicament sur la digestion stomacale est, au contraire, fort importante à considérer. Certains médicaments inter-

rompent, quand on les donne à hautes doses, entièrement le travail digestif. Citons parmi eux le *chloroforme*, les *naphtols*, la *saccharine;* pour cette dernière, cette action constitue le plus grand obstacle à son emploi chez les diabétiques. On doit d'autant plus se méfier de la saccharine que son influence dépressive sur la nutrition rappelle un phénomène qui s'observe fréquemment chez le diabétique : on a donc une tendance à attribuer à l'évolution du diabète des troubles nutritifs que la saccharine peut avoir causés.

Les médicaments de ce groupe ne seront donnés qu'en petites quantités à la fois, et à un moment où la digestion stomacale, déjà avancée, ne pourra plus être facilement enrayée.

Les *sels métalliques*, les *iodures*, les *bromures*, irritent aussi l'estomac et troublent la digestion : aussi, on ne les donnera que très dilués, surtout quand il s'agit de les administrer à jeûn ou trois à quatre heures après le repas du soir.

Pour les iodures, quand il s'agit d'obtenir un effet maximum, on aura avantage à les donner à jeun chez les malades qui les supportent facilement Les acides du suc gastrique, les amylacés que contient le bol alimentaire peuvent en effet affaiblir ou modifier l'action thérapeutique des iodures. Si l'on a affaire au contraire à des patients exposés aux accidents d'iodisme, on donnera les iodures au milieu du repas.

Les *sels hydrargyriques* constituent tous, à l'exception du calomel, des irritants pour la muqueuse gastrique : on les prescrira donc en pilules à prendre au moment du repas ou en solutions très diluées : sous cette dernière forme, on pourra les donner à jeun ou le soir sans inconvénient.

Le calomel occupe une place à part, depuis le jour où on lui a attribué la faculté de se transformer en sublimé dans l'organisme, en présence du chlorure de sodium, mais en réalité, cette transformation n'a jamais pu être démontrée. et comme on l'a fait observer dans une récente discussion, si l'on voulait empêcher la rencontre du calomel et du chlorure de sodium dans l'organisme, il faudrait auparavant débarrasser ce dernier de tout le chlorure de sodium qui fait partie intégrante des tissus, problème évidemment insoluble. Il n'y a pas lieu, en conséquence, de s'inquiéter du moment auquel le calomel doit être prescrit, et on n'a pas à craindre qu'en rencontrant le chlorure de sodium contenu dans le bol alimentaire, il ne produise des phénomènes d'intoxication.

L'auteur insiste ensuite sur l'irritation produite sur l'estomac par les *liquides alcooliques* dont on abuse si souvent; combien de parents, par exemple, donnent sans hésiter à un enfant un verre de *vin de quinquina* au commencement du repas, alors qu'ils n'oseraient jamais

faire ingérer à ce moment à leur progéniture un verre de malaga ou de madère! L'irritation provoquée par l'arrivée du liquide alcoolique reste pourtant la même dans les deux cas : l'addition du quinquina n'a pas pour effet de la diminuer. L'excitabilité morbide qui représente un des premiers symptômes de l'alcoolisme est prise pour l'action tonique que le quinquina doit produire, et l'on continue dans cette voie jusqu'au moment où une gastrite alcoolique marquée nécessite l'interruption de la médication. Il faudra donc tenir la main à ce que le vin de quinquina et tous les vins similaires soient donnés à la fin du repas, si on veut à tout prix les donner.

Les *amers* devront être pris au moment de se mettre à table : il est contre-indiqué de les donner une demi-heure avant le repas, car ils peuvent, s'ils sont en solution trop concentrée, irriter la muqueuse stomacale. Leur action excito-motrice a tout le temps de s'exercer au cours de l'acte digestif.

Le dr Vogt ne trouve pas justifiée non plus la coutume adoptée par beaucoup de praticiens d'administrer l'*huile de foie de morue* avant de se mettre à table : il trouve pour le moins inutile de recouvrir d'une couche d'huile extrêmement étendue une muqueuse à laquelle on va demander un travail d'absorption souvent déjà compromis par l'état de débilité du patient. Dans les pays où les grandes agapes sont en honneur, l'action inhibitrice exercée par l'huile sur l'absorption gastro-intestinale est bien connue : si l'on veut affronter sans broncher d'innombrables toasts, il suffit, avant de se rendre à la brasserie, d'avaler un petit verre d'huile d'olive.

L'huile de foie de morue sera donc prescrite une bonne heure au moins avant le premier repas, ou au dessert.

Le *fer* et l'*arsenic* seront toujours donnés au milieu du repas : inutile d'insister sur ces principes connus de tous.

Pour le *bicarbonate de soude*, tout dépend de l'action que l'on recherche : donné un peu avant le repas, il provoquera, comme Huchard l'a démontré, une hypersécrétion du suc gastrique ; donné après le repas, il neutralisera l'excès d'acidité du suc gastrique.

L.

DE L'EMPLOI DES SELS AMMONIACAUX.

Le dr Liégeois s'est appliqué, dans le *Journal des praticiens*, à relever les indications des divers sels ammoniacaux.

Dans les fièvres éruptives, l'acétate d'ammoniaque a la réputation d'appeler ou de rappeler l'exanthème à la peau, grâce à la vaso-dilatation périphérique qu'il provoque : on peut prescrire :

Acétate d'ammoniaque liquide 5o centigr. à 8 gram.
(de 15 mois à 8 ans) :

Hydrolat de cannelle } ââ 5o grammes.
Eau chloroformée }
Sirop de fleurs d'oranger
ou de framboise 40 —

Une cuillerée à café, à dessert ou à bouche, d'heure en heure.

Dans la période de ***collapsus algide***, soit du choléra, soit de l'empoisonnement par les champignons, on essaie de provoquer la réaction par la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque liquide		8 à 10 grammes.
Teinture alcoolique de belladone		3o gouttes.
Liqueur d'Hoffmann		10 grammes.
Eau chloroformée	ââ	5o —
Hydrolat de mélisse		
Sirop de cannelle		3o —

Une cuiller à bouche de demi-heure en demi-heure.

Gübler a insisté sur l'efficacité de l'acétate dans les ***céphalalgies des névropathes*** anémiques. Et de fait, on dissipe la céphalée neurasthénique avec quelques cuillerées de la potion de Wright :

Acétate d'ammoniaque liquide		15 grammes.
Teinture d'écorces d'oranges amères	ââ	20 —
Sirop d'écorces d'oranges amères		
Eau distillée		5o —

M. Liégeois préfère, dans ce cas, le ***valérianate d'ammoniaque.*** Il fait prendre plusieurs cuillers à café de la solution :

Valérianate d'ammoniaque 2 à 3 grammes.
Elixir de guarana 8o —

Enfin l'acétate d'ammoniaque a la réputation de calmer l'orgasme douloureux de l'utérus et de faciliter l'écoulement des règles chez les ***dysménorrhéiques*** sanguines, pléthoriques, ou chez celles dont l'utérus, dévié ou fibromateux, est en congestion chronique permanente

On a donné dans ce but :

Acétate d'ammoniaque liquide		3o grammes.
Teinture de piscidia érythrina	ââ	10 —
Teinture de viburnum prunifolium		
Alcoolature d'anémone pulsatile		

Deux à six cuillers à café, chacune dans un quart de verre d'eau sucrée.

Il faut citer ensuite les applications des sels amoniacaux dans les ***affections des voies respiratoires.***

On a prétendu que le chlorhydrate, grâce à son influence constric-

tive sur les artérioles bronchiques, fait rétrocéder la ***congestion pulmonaire grippale*** intense, asphyxique, quatre ou cinq heures après l'administration, toutes les deux heures, d'un cachet de 50 centigr. (quatre à six semblables par jour).

Dans les ***bronchites capillaires*** et dans les ***broncho-pneumonies***, l'acétate d'ammoniaque lutte contre l'adynamie générale et contre l'adynamie bronchique; on doit l'associer chez l'adulte à la potion de Todd, chez l'enfant au vin de Malaga

Le carbonate, le chlorhydrate, le benzoate d'ammoniaque peuvent être employés ***comme expectorants*** dans les ***bronchites aiguès vulgaires***, non pas dès le début, à l'époque des râles sibilants et ronflants, mais seulement quand la transformation des crachats en pus est franchement réalisée.

Ces sels sont recommandés surtout dans les ***bronchites chroniques des vieillards***, des ***goutteux***, des ***asthmatiques*** emphysémateux, des convalescents de fièvre typhoïde :

Carbonate, chlorhydrate ou benzoate d'ammoniaque Gomme ammoniaque.	ãã	1 gramme.
Poudre d'ipéca.		25 centigr.
Extrait de jusquiame.		10 —
Mucilage de gomme.		Q. s.

Pour vingt pilules toluisées. Deux par jour.

Enfin, le chlorhydrate d'ammoniaque paraît avoir une certaine action dans les ***congestions alcooliques du foie***, dans ***l'ictère catarrhal.*** L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 18 décembre 1897.

1. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du mémoire soumis à l'Académie par M. le dr G. Cousot, à Dinant, intitulé : *Contribution à l'étude de la vitesse de propagation du courant nerveux.* — M. Masoin, Rapporteur.

Dans un premier chapitre, l'auteur ébauche un historique très concis, même incomplet, de la question, et décrit sommairement l'instrumentation dont il fit personnellement usage.

Dans un second chapitre, il résume ses propres expériences et il arrive à cette conclusion, entre autres, que les parties supérieures du nerf moteur ainsi que les centres exercent une action sur la vitesse de transmission de l'excitation portée sur un point déterminé du nerf.

L'auteur termine la seconde partie de son mémoire dans les termes suivants :

« En résumé, le courant nerveux moteur est très rapide. Cette

vitesse, cette rapidité est constante chez les individus de même espèce. Il y a une loi de propagation d'après laquelle le courant est animé d'une vitesse d'autant plus grande qu'il est provoqué par une excitation plus élevée sur le trajet du nerf. La théorie de l'avalanche n'aurait point seulement à s'appliquer à l'intensité (Pflüger), mais aussi à la vitesse du courant. Y a-t-il inhibition sur les segments inférieurs ou action accélératrice sur les segments supérieurs ? »

Dans un troisième et dernier chapitre, l'auteur, qui avait jusqu'ici expérimenté sur les nerfs moteurs, s'adresse aux cordons sensitifs.

Il s'empare de l'idée ingénieuse émise par M. Marey, d'étudier la propagation de l'influx nerveux sensitif par l'inscription des phénomènes réflexes que cet influx peut éveiller.

Finalement il arrive à cette conclusion, qui est le dernier mot de son travail : Le courant nerveux, le long des nerfs sensibles, semble donc avoir une allure de 8 mètres par seconde. Evidemment, il n'est question que de l'agent nerveux dans les actes réflexes, sans intervention des phénomènes de perception, c'est-à-dire ce que l'on pourrait appeler la vitesse brute.

M. Masoin termine en proposant au nom de la Commission :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° D'insérer dans le *Bulletin* de l'Académie le texte du nouveau travail de M. Cousot;

3° D'appeler sur le nom de ce zélé travailleur l'attention de l'Académie, le jour où elle voudra conférer encore le titre de Correspondant belge.

— Ces conclusions sont adoptées.

2° Rapport de M. Boddaert sur un travail envoyé à l'Académie par M. le dr Cardamatis, à Bruxelles, concernant *L'emploi du bleu de méthylène dans les fièvres intermittentes*, etc.

M. le dr Cardamatis a cru devoir appeler l'attention de l'Académie sur l'application du bleu de méthylène au traitement du paludisme, qu'Ehrlich et et Guttmann avaient déjà proposée en 1891.

Le travail de notre Confrère grec se base sur 275 observations. Dans 30 cas, il a institué un traitement mixte, en combinant ce remède tantôt à la quinine, tantôt à l'arsenic; il en reste donc 245 où le bleu de méthylène a été employé seul. Des 275 cas, 77 se rapportent au paludisme aigu, 198 au paludisme chronique.

Les doses et la forme de l'administration n'offrent ici rien de bien particulier. L'auteur prévient les rechutes en maintenant les malades pendant un temps assez long sous l'influence de la médication. Pour les accès d'une fièvre quotidienne qui dure de 1 à 5 jours, pour ceux qui ne cèdent que dans un intervalle de temps compris entre 5 et 7 jours, pour les fièvres tierces et quartes, une cure complète demande respectivement, avec des intervalles de repos, 22, 48 et 60 jours. M. Cardamatis est arrivé ainsi au résultat général suivant : succès définitifs, 93 p. c.; insuccès, 7 p. c.; rechutes dans l'année, 15 p. c.

M. Boddaert propose à l'Académie de remercier l'auteur et de déposer honorablement aux archives la communication qu'il a adressée.

— Ces conclusions sont adoptées.

Suite de la discussion sur l'alcoolisme.

M. Barella débute en payant un tribut d'hommage et de regrets à la mémoire de M. Belval, Correspondant de l'Académie, président de la Ligue patriotique contre l'alcoolisme, qui, en 1884, remplaça l'Association belge contre l'abus des boissons alcooliques fondée en 1879 par MM. Belval, Louis Martin et Barella, dans le but d'organiser le Congrès international de Bruxelles de 1880. M. Belval avait fondé le *Mouvement hygiénique*. Il sera, dit l'orateur, vivement regretté de tous ceux qui ont pu apprécier le caractère généreux d'un homme dont la vie a été consacrée à la grande œuvre de bienfaisance morale et sociale qu'est l'anti-alcoolisme.

M. Barella aborde ensuite son sujet qui comprend : 1° L'*alcoolisme héréditaire* et l'*alcoolisme de l'héréditaire; 2° criminalité, suicide et aliénation mentale de nature alcoolique*; 3° *la lutte contre l'alcoolisme.*

Dans la première partie, il publie des faits recueillis par lui dans sa longue pratique. Il expose entre autres l'histoire d'une malheureuse famille, comptant quatre frères idiots, leur sœur épileptique et un fils de celle-ci âgé de 6 ans, épileptique et débile mental. Le grand-père de ces quatre idiots et de la femme épileptique exerça successivement les métiers d'ouvrier distillateur, puis de distillateur, c'est-à-dire qu'il fut pour son propre compte à la tête d'une de ces mauvaises distilleries agricoles qui foisonnaient jadis dans le pays. Au dire de son fils, encore vivant, cet homme avait bu du genièvre comme de l'eau.

M. Barella produit les photographies des quatre idiots et de leur neveu, débile mental et épileptique.

Il expose encore d'autres faits de ce genre pour montrer l'hérédité alcoolique et il raconte ses impressions lors de visites qu'il fit dans un asile à Manage, où il a pu voir de pauvres enfants, des dégénérés, atteints d'infirmités les plus pénibles. Il cite notamment le cas d'un enfant atrophié, âgé de 8 ans, présentant le développement d'un enfant chétif de 18 mois, couché dans un lit, suçant un biberon, dénué de parole, d'intelligence, de sensibilité.

Dans la seconde partie, il montre, d'après les statistiques de différents pays, les rapports qui existent entre l'alcoolisme, la criminalité (chiffres effrayants porduits par M. Masoin et par M. Thiry), le suicide et l'aliénation mentale.

Il s'arrête un moment sur la Commune de Paris, il décrit la psychologie de la population de la grande ville vers la fin du deuxième siège et signale les conditions malheureuses qui y ont fait naître l'alcoolisme intensif dont la Commune ne fut que la sinistre expression.

Dans la troisième partie, l'orateur passe en revue les différents moyens qu'il convient d'employer pour combattre ce fléau.

Il s'élève contre le monopole par l'État qui ne serait qu'une invitation à la consommation et il le regarde comme immoral, attendu que l'État ne doit pas vendre ce qu'on ne doit pas boire.

Il signale la position singulière qui serait faite à l'État par le monopole : au nom de la moralité, de la santé, du bien-être du peuple, l'État devrait chercher à restreindre la vente, et au nom des intérêts

du fisc, il devrait chercher à l'accroître. Si la consommation s'étendait, la moralité serait en baisse ce serait le fisc qui en pâtirait. Or, les accises rapportent à l'État 54 millions, soit le huitième du budget des voies et moyens pour 1898 (422 millions).

L'auteur insiste sur la nécessité et la praticabilité de la limitation du nombre des cabarets, limitation dont il a donné une formule.

Il parle de la nécessité d'améliorer les conditions d'habitation des classes ouvrières, surtout dans certaines localités industrielles.

Il cite avec éloge les efforts tentés dans ce but par les *Aumôniers du travail*, qui procurent à des ouvriers célibataires étrangers à la commune dans laquelle ils travaillent le logement convenable, la nourriture, saine et abondante, dans d'excellentes conditions d'ordre, de propreté, de moralité, de bien-être et de bon marché. L'œuvre est confessionnelle, il est vrai, mais elle doit éveiller l'émulation parmi tous les amis des classes pauvres.

M. Barella cite encore toute une série de mesures qui ont pour but d'améliorer pratiquement la condition de ces classes. Il se déclare partisan du trois-huit partout où cela peut se faire sans nuire aux intérêts du travailleur; le travail, déclare-t-il, ne doit jamais être excessif en durée ni en fatigue. Il insiste aussi sur les écoles ménagères, les patronages, les droits légitimes de la femme mariée lorsqu'elle cherche à soustraire à l'alcool, dans l'intérêt de ses petits, le salaire qu'elle a gagné, telle la lionne défendant ses jeunes.

L'alcoolisme ne naît pas de la misère, il la produit, au contraire; témoin les chiffres exorbitants des dépenses en boissons alcooliques des premières années qui ont suivi la guerre franco-allemande, années où les salaires étaient très élevés.

Toutefois, il faut chercher à donner plus de bien-être à tous, parce que le besoin d'excitants alcooliques prend souvent sa source dans un état d'affaissement occasionné par un travail exagéré ou excessif ou par une vie trop dure, qui fait trop de place à la matirèe, trop peu à l'esprit. L'homme n'est pas une machine, il a une âme, et cet âme doit être cultivée.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

—

Séance du 29 *janvier* 1898.

— M. le président félicite, au nom de l'Académie, MM. Blas, Membre titulaire, et Denys, Correspondant, le premier promu au grade d'Officier de l'Ordre de Léopold, le second nommé Chevalier. *(Applaudissemeuts).*

M. Blas remercie en son nom et en celui de son Collègue.

Rapport de la Commission à l'examen de laquelle a été renvoyé le mémoire de M Ch. Pottiez, pharmacien à Fontaine-l'Évêque, intitulé : *Notes complémentaires à l'étude chimique du seigle ergoté.* — M. Blas, Rapporteur.

L'auteur décrit d'abord la manière usuelle de procéder à la récolte et les propriétés de l'ergot de bonne qualité ainsi que les défectuosités du seigle ergoté récolté ou conservé dans de mauvaises conditions, et il détaille ces dernières. Il conclut que l'ergot récolté à l'état de maturité sur le seigle encore debout, par un temps sec, et desséché

rapidement, est celui qui renferme le maximum d'éléments utiles. et qu'il peut se conserver ainsi, même en poudre, dans un flacon dessiccateur et à l'abri de la lumière directe, durant des années sans altération.

Cette constatation vient confirmer notamment les observations publiées jadis par M. Cornelis, de Diest.

Plus loin, M. Pottiez cite les altérations qu'il a constatées dans l'ergot humide; il établit quelles sont les espèces de moisissures et d'acariens qui s'y développent principalement.

Enfin, dans la dernière partie de son travail, l'uuteur cite et étudie l'influence que ces altérations exercent sur les matières sucrées (tréhalose et mannîte), ainsi que sur l'ergotérine et sur l'acide sclérotinique contenus dans l'ergot.

Des échantillons de la drogue en bon état et d'autres altérés à divers degrés sont joints à la notice.

En résumé. le travail de M. Pottiez est consciencieux; les considérations qu'il y émet et qu'il a confirmées par des expériences sont généralement connues et admises.

« La Commission propose de déposer honorablement aux archives la communication de M. Pottiez et d'adresser des remerciements à l'auteur. » — Adopté.

Dangers de la ligature de l'artère axillaire; par M. Soupart, Membre titulaire.

Un cas de sphacèle du membre thoracique survenu à la suite de la rupture et de la ligature de l'artère axillaire, publié par la *Gazette des hôpitaux* de Paris, en octobre dernier, a fourni à M. Soupart l'occasion de traiter une question dont la solution a pour but de combler une lacune importante de la littérature et de la thérapeutiqne chirurgicales à l'endroit des lésions de ce vaisseau.

Après avoir signalé un fait analogue au précédent et rappelé que l'histoire enregistre des faits nombreux du même genre, l'auteur débute en déclarant cette ligature non seulement dangereuse, mais comme devant être proscrite au moins dans la portion du vaisseau limitée par les branches collatérales, scapulaire inférieure et humérale profonde à leur origine.

Son assertion est basée sur ce que, contrairement à ce qui existe dans tout le reste de l'arbre artériel, il n'y a pas d'anastomoses entre les collatérales de l'artère axillaire et celles de l'artère brachiale pour rétablir la circulation dans le membre.

Les succès attribués à cette ligature, dénués de renseignements exacts sur le siège précis de la lésion et de la ligature, s'expliquent, en tout cas, ou bien par l'existence de l'anomalie assez fréquente du tronc artériel consistant dans sa division en deux branches formant prématurément les artères radiale et cubitale; ou bien parce que la ligature a été posée en dedans de la scapulaire inférieure.

M. Soupart entre ensuite dans des développements sur la manière dont s'opère la guérison des anévrismes et des plaies artérielles, sur la préférence à donner à la ligature de l'artère sous-clavière dans les lésions de l'axillaire et enfin sur la non-valeur des faits entachés d'incertitude et dépourvus de renseignements exacts sur le siège précis

des lésions et de la ligature; il termine, en faisant appel aux cliniciens et aux anatomistes pour recueillir les faits de ce genre qui pourraient se présenter à leur observation. Il résume son travail par les propositions suivantes :

I. La ligature de l'artère axillaire, dans l'espace compris entre la scapulaire inférieure et l'humérale profonde à leur origine, supprimant complètement, dans l'état normal ordinaire, l'accès du sang au membre thoracique, entraîne fatalement la gangrène de ce membre, faute de circulation collatérale, et doit être proscrite de la pratique chirurgicale.

II. Les succès obtenus à la suite de la ligature pratiquée prétendument en ce point sont dus, et ne peuvent être attribués qu'à l'existence de l'anomalie assez fréquente du dédoublement du tronc axillaire en deux branches constituant prématurément les artères radiale et cubitale, disposition qui peut être reconnue ou au moins préjugée par la persistance du pouls radial.

III. Dans l'incertitude de ce dédoublement et du lieu précis de la lésion. le chirurgien ne peut se hasarder à lier l'artère au point indiqué, car ce serait exposer témérairement le membre thoracique à la gangrène. Mieux vaut, dans ce cas, recourir à la ligature de la sous-clavière.

IV. La ligature de l'axillaire au-dessus de la naissance de la scapulaire inférieure, bien que laissant libre la circulation collatérale et pouvant exceptionnellement être pratiquée avec succès, expose à l'hémorragie consécutive lors de la chute de la ligature, du peu d'espace existant entre celle-ci et les collatérales voisines et du peu de solidité du caillot obturateur pour résister au choc du sang.

V. En tout état de cause, dans les lésions de l'artère axillaire, il est préférable, moins dangereux et plus avantageux de lier la sous-clavière dans la fosse sus-claviculaire, ligature aidée au besoin de la compression sur le point lésé, plutôt que de lier l'axillaire elle-même.

Recherches expérimentales sur les lésions de la rétine et du nerf optique déterminées par l'intoxication filicique; par MM. Masius, Membre titulaire, et Mahaim, docteur en médecine, à Liége.

Il résulte de cette étude que, dans l'intoxication par l'extrait éthéré de fougère mâle, il existe déjà des altérations vasculaires et nerveuses, alors que la rétine est intacte et qu'il n'y a pas d'amblyopie; que trois heures après l'apparition brusque de la cécité, les altérations sont très profondes au niveau du trou optique, moins profondes près de la rétine et légères dans la rétine; *car alors même que la plupart des fibres à myéline ont disparu les cellules rétiniennes sont aussi nombreuses qu'à l'état normal.*

Quelques jours après la constitution de la cécité les lésions névritiques et rétiniennes sont si avancées qu'on ne saurait distinguer si elles ont débuté par le nerf ou la rétine; cependant, même alors, on peut souvent constater que le nerf est moins profondément lésé près de la rétine, fait que les auteurs avaient déjà signalé lors de leur premier travail.

Plus tard la différence entre le degré d'altération du nerf au niveau du trou optique et près de la rétine peut disparaître complètement.

Ces résultats n'ont en soi rien de surprenant. Depuis longtemps la méthode de Gudden et l'étude des dégénérescences rétrogrades ont démontré qu'une lésion coupant un cylindre axe remonte le long de celui-ci et altère plus ou moins rapidement la cellule d'origine de ce cylindre-axe. La rapidité avec laquelle la lésion du cylindre-axe retentit sur sa cellule dépend de l'intensité de la lésion, de la distance à laquelle le cylindre-axe a été lésé. Ici le nerf optique est altéré rapidement, sans doute par suite des altérations vasculaires et de la compression mécanique; aussi le retentissement sur la rétine est rapide.

« Nos résultats, disent les auteurs, ne concordent pas avec ceux annoncés par Nuel dans le travail que nous avons cité. Dans ce travail, Nuel, un à deux jours après la cécité, affirme ne pas voir de névrite, mais signale toutefois la disparition d'un grand nombre de fibres nerveuses. Seulement, pour lui, il n'y a pas d'infiltration cellulaire dans les septa (il ne parle pas des vaisseaux). Un coup d'œil sur la figure 5 de notre travail montre cependant que TROIS HEURES APRÈS L'APPARITION DE LA CÉCITÉ, les vaisseaux et les septa sont énormes. *Ces vaisseaux sont entourés d'un manchon d'infiltration cellulaire* comme celui que nous avons dessiné à la figure 10; d'autre part, chez ce même chien, *pas une cellule rétinienne n'a disparu* alors que *la plupart des fibres nerveuses n'existent plus*.

» Peut être cette divergence de vues résulte t-elle du mode d'intoxication (lenteur ou rapidité, dose quotidienne, etc.). Toutefois nos résultats concordent en somme avec ceux que nous avons publiés il y a deux ans, et alors les doses de médicament employées avaient été plus fortes et administrées plus longtemps.

« Quoi qu'il en soit, nos recherches actuelles confirment nos premiers travaux et nous forcent à conclure que dans l'intoxication filicique les altérations de l'appareil visuel commencent non dans la rétine, mais dans le nerf optique; qu'en outre, ces altérations du nerf optique sont dès le début constituées par des lésions vasculaires qui existent bien avant que l'amblyopie même soit manifeste. »

Préparations microscopiques de cerveaux d'aliénés : état moniliforme, chromatolyse, appendices piriformes; présentées par M. Peeters, Correspondant.

Après les intéressantes communications de MM. Heger et Van Gehuchten sur la structure du neurone, il semblait utile de compléter par des faits observés dans l'ordre anatomo-pathologique ce que ces médecins avaient observé dans le domaine expérimental.

M. Peeters soumet à l'Académie des préparations microscopiques faites au laboratoire de la colonie de Gheel par M. le d^r^ Havet. Ces préparations ont été prises sur des cerveaux d'aliénés atteints des affections suivantes : imbécillité, démence consécutive à un état de délire hallucinatoire, démence épileptique, démence paralytique. De l'étude clinique et anatomique de ces cas, il résulte ce qui suit :

Dans les différentes formes de maladie mentale, on trouve les appendices piriformes en nombre plus ou moins considérable sur les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses pyramidales et polymorphes; les corps et les cylindres-axes des cellules en sont dépourvus. Nous n'avons pu les observer sur les prolongements des cellules de Golgi et de Martinotti.

Les appendices piriformes semblent disparaître de plus en plus à mesure que la déchéance intellectuelle s'accentue.

Le grand nombre et le bon état des appendices piriformes ne permettent pas de conclure à l'existence d'une grande activité psychique.

Pouvoir curatif du sérum antistreptococcique chez les lapins atteints de péritonite; par MM. Denys, Correspondant, et L. Marchand, préparateur au laboratoire de bactériologie de l'Université de Louvain.

Une des causes pour lesquelles la sérothérapie antistreptococcique paraît se frayer difficilement sa voie en médecine humaine réside dans l'absence d'expériences démontrant son action curative chez les animaux. En effet, la plupart des travaux de laboratoire mentionnent uniquement son rôle préventif, comme si entre les mains des expérimentateurs l'action curative ne s'était jamais produite.

Cependant, en 1896, j'ai montré, avec la collaboration de M. Marchand, dit M. Denys, que l'on peut enrayer, chez le lapin, un érysipèle bien déclaré, en faisant autour du placard phlegmasique des injections de faibles quantités de sérum. Il s'agit en quelque sorte dans ces expériences d'une action locale du sérum. Mais on peut aussi mettre en évidence le pouvoir curatif de cet agent après injection dans le sang. Pour cela, il suffit d'injecter dans le péritoine du lapin une dose de streptocoques capable de tuer cet animal en douze à vingt-quatre heures. Les lapins infectés de cette manière présentent à l'autopsie un exsudat assez riche en leucocytes et constituant une vraie culture de streptocoques. L'examen le plus attentif ne permet pas de découvrir le moindre indice de phagocytose. Or, ces lapins peuvent être sauvés si on leur injecte dans le sang 3 à 5 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Pour faire cette injection, on attend que les ponctions capillaires du péritoine aient ramené un liquide montrant que les microbes sont en voie de pullulation. Le moment le plus favorable est environ la cinquième heure après l'inoculation.

Peu de temps après l'administration du sérum, on constate, par de nouvelles ponctions, qu'une phagocytose intense s'établit et amène l'engoblement de tous microbes. Les animaux survivent.

Pour réussir l'expérience, il est nécessaire de ne pas trop différer l'injection de sérum; sinon les leucocytes deviennent incapables de s'emparer de tous les organismes, et les lapins succombent.

Discussion du rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire envoyé au concours sur *La putréfaction au point de vue dc l'hyiène publique et de la médecine légale.* — M. Kuborn, Rapporteur.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Il est procédé à l'ouverture du pli cacheté qui était joint au mémoire. ce qui permet de constater qu'il émane de M. le d[r] Ernest Malvoz, chargé du cours de bactériologie à l'Université de Liége.

En conséquence, le prix (1000 francs) lui est accordé et son mémoire sera imprimé dans le recueil des *Mémoires couronnés et autres mémoires*, collection in-8°.

TRAITEMENT DES SEPTICÉMIES PUERPÉRALES PAR LE SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE. QUATRE CAS DE GUÉRISON. *(Discours prononcé à l'Académie de Médecine (séance du* 26 *février* 1898), *par le prof.* EUGÈNE HUBERT.

Messieurs, en 1891, au cours de la discussion sur le vésicatoire et la saignée (1), j'ai été amené à soutenir, contrairement aux affirmations de notre honorable Collègue M. Crocq, que les accidents désignés sous le nom de *fièvre puerpérale* ne sont pas des processus *inflammatoires*, à combattre par les *antiphlogistiques* — mais bien des *septicémies*, justiciables de l'*antisepsie.*

La physionomie, la marche et surtout la contagiosité des maladies des couches, avaient depuis longtemps fait soupçonner leur nature infectieuse; le microscope a découvert les agents infectants; et, enfin, la clinique est venue donner aux prévisions des pathologistes et aux recherches des bactériologues la sanction d'une démonstration expérimentale décisive : on ne meurt plus dans les maternités d'Europe depuis que l'antisepsie y a détrôné la lancette!

Une thérapeutique plus heureuse suit toujours les étiologies mieux éclairées et les confirme, et, comme le disait déjà Hippocrate : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Le traitement rationnel des infections puerpérales, disions-nous, comporte quatre indications primordiales à remplir.

PREMIÈRE INDICATION : *Empêcher le poison d'arriver.* C'est la désinfection prophylactique de l'accouchée, de l'accoucheur et des circumfusa. Empêchez l'empoisonnement de se produire et vous n'aurez plus d'empoisonnées à traiter! C'est si simple qu'on hésite à le dire — et si vrai que dans les maternités où règne l'antisepsie, il n'y a plus d'accouchées malades.

DEUXIÈME INDICATION : *Empêcher les microorganismes pathogènes d'agir, en les détruisant sur place, dans le tractus génital, au moment où ils y arrivent.* C'est le pied mis sur l'allumette qui com-

(1) Voir *Bulletin de l'Académie*, 1891.

mence à brûler le tapis et va faire flamber la maison. Cette indication est remplie par les lavages détersifs et antiseptiques, et adjuvée par l'ergotine qui resserre les vaisseaux et s'oppose aux stagnations toxiques.

TROISIÈME INDICATION : *Soutenir et, au besoin, exciter la nutrition.* C'est renforcer la cellule dans son duel à mort contre les désorganisateurs étrangers.

QUATRIÈME INDICATION : *Poursuivre le poison qui a pénétré et obtenir sa neutralisation ou son expulsion.* C'est le seul point du traitement qui laissât encore à désirer.

La thérapeutique n'est-elle pas impuissante quand l'incendie, primitivement localisé à un étage, s'est propagé à toute la maison ? Est-elle en mesure d'atteindre les streptocoques et leurs toxines dans les profondeurs de l'économie, d'exterminer, de réduire ou d'expulser les uns et de neutraliser les autres ?

Sans doute, en tenant le canal génital aseptique, empêchera-t-on qu'à tout moment de nouveaux assaillants viennent grossir le nombre de ceux qui ont pénétré déjà — et arrêter l'invasion, ou empêcher que la dose du poison augmente incessamment, c'est déjà quelque chose, c'est faire la part du feu ; mais ce n'est pas assez : il reste à paralyser les dévastateurs qui ont réussi à forcer les barrières.

Peut-on espérer qu'on y parviendra quelque jour ? Pourquoi non ? La science qui nous a indiqué les moyens sûrs de *prévenir* le mal nous fournira sans doute aussi les moyens de le *guérir*.

« L'idéal à trouver, disions-nous en 1891, c'est l'agent chimique — ou le modificateur vital — ou, peut-être, le microbe antagoniste, capable de neutraliser ou de détruire le parasite sans blesser le support. »

Cet agent, croyons-nous, est aujourd'hui trouvé. Le sérum antistreptococcique est un *antitoxique*, comme le prouve l'amélioration passagère qu'il procure alors même qu'il arrive trop tard pour pouvoir sauver encore — et un *anti-infectieux*, en ce sens qu'il suscite une phagocytose intense, sous l'action de laquelle les globules blancs, qui délaissaient les streptocoques, se mettent à les dévorer avidement.

Je ne suis pas un cultivateur de microbes, je suis un clinicien et

veux rester sur mon terrain. Je laisse donc les explications aux bactériologues, autorisés à les fournir : je me borne à vous apporter le fait clinique dont j'ai été témoin et à attirer sur lui l'attention des praticiens.

Une femme, accouchée dans mon service le 20 novembre dernier, est prise d'une infection primitive, grave, sans localisation : le thermomètre monte au delà de 40° ; le pouls à plus de 150 ; langue fuligineuse et stupeur typhique. Je la jugeais irrémédiablement perdue, parce que je n'ai jamais vu une malade remonter de si bas.

La désespérance du cas autorisait les hardiesses. Fallait-il provoquer un abcès pour essayer de localiser le mal et attirer, pour ainsi dire, les streptocoques dans un guet-apens où ils périraient sous une pluie de leucocytes? — Ou bien injecter du sublimé dans les veines, comme certains praticiens ont osé le faire, quelques fois avec succès? — Ou saigner largement, comme les anciens, mais dans un tout autre but, pour remplacer par du sérum artificiel le liquide intoxiqué enlevé et, en somme, pratiquer ce qu'on appelle aujourd'hui le lavage du sang?

Nous avons préféré essayer les sérums curatifs dont vous entretenaient MM. Denys et Marchand, le 29 janvier dernier.

L'essai a pleinement réussi.

Une injection intra-cellulaire de 100 centimètres cubes de *sérum antistreptococcique polyvalent* a changé cette situation désespérée comme par enchantement, en moins de vingt-quatre heures — et quatorze jours plus tard cette femme, que j'avais vue moribonde, quittait l'hôpital complétement guérie.

Cette merveilleuse guérison n'est pas la seule que le sérum antistreptococcique de Louvain ait à son actif, et notre Collègue, M. Denys, nous en a communiqué trois autres. En raison de leur importance pratique, nous tenons à mettre les détails des quatre observations sous vos yeux.

PREMIER CAS. — *Infection puerpérale grave; injection de sérum antistreptococcique. Guérison.* (Observation recueillie par M. Van Quaethem, interne.)

Hélène A..., 23 ans, s'est mariée le samedi 20 novembre, et est entrée à la Maternité le 22 au matin, en travail et à terme.

Les douleurs ont débuté la nuit; les eaux sont écoulées, quoique l'ouverture du col ne présente encore que les dimensions d'une pièce de 2 francs; la tête plonge dans l'excavation, en O. C. G.; les contractions sont courtes, peu énergiques et peu rapprochées. Dans leurs intervalles la femme paraît accablée de sommeil et est en proie à de petits frissons.

Vers le soir le travail prend une allure plus vaillante : à minuit, la dilatation est complète et, une demi-heure plus tard, naît une vigoureuse petite fille. Un quart d'heure après le placenta est dans le vagin; une légère traction sur le cordon l'amène à la vulve, et, pendant que j'imprime au gâteau des mouvements de rotation pour rouler les membranes en corde, celles-ci se déchirent. J'essaie de les prendre plus haut avec un petit linge, mais elles sont d'une fragilité extrême et se déchirent au fur et à mesure que je les saisis.

Mardi matin, 11 heures. L'état paraît satisfaisant — la femme ne se plaint de rien; elle met l'enfant au sein; les lochies sont normales; le pouls seulement est un peu rapide, comme il arrive aux femmes qui ont perdu trop de sang.

Rien à noter dans la journée, sauf une somnolence que nous attribuons aux fatigues des journées précédentes.

Mercredi 24, 9 heures. La somnolence persiste, mais, il n'y a plus à s'y méprendre, elle est manifestement d'origine septique : respiration accélérée; pouls à 150; température à 40,4° C; pommettes rouges; lèvres et langue sèches; ventre légèrement ballonné, mais indolent à la pression ; lochies rares, sans odeur.

Je pratique un lavage utérin avec une solution de sublimé (à 1/5000), qui ne ramène pas de lambeaux de membranes. Un second lavage, avec une solution de tannin, est pratiqué dans l'après midi sans plus de succès. Lotions vinaigrées de la peau, et boissons abondantes.

Le soir la température montait à 40,9° C et le lendemain matin à 8 heures, elle était encore à 40,5°. Le pouls, petit et filant, est à 140.

Tous les symptômes se sont aggravés, les lèvres sont fuligineuses; la langue, sèche et rouge sur ses bords et à la pointe, est couverte au milieu d'un enduit blanchâtre; la femme répond de loin aux questions et, par moments, divague.

D'où vient cette infection? Des lambeaux de membranes retenus?

— Il n'est pas certain que des lambeaux soient restés dans la matrice : les injections au sublimé et au tannin les auraient entraînés ou stérilisés — et les lochies n'ont jamais dégagé d'odeur de décomposition.

De l'hôpital voisin, où l'on observait depuis une quinzaine de jours des accidents septicémiques dans tous les services? — Ce n'est guère vraisemblable; le cas ne serait pas resté isolé et une vingtaine de femmes ont, pendant ce temps, passé par la Maternité sans éprouver le moindre accident.

Du *toucher?* — Professeur et élèves ont pris les précautions accoutumées; désinfection des mains, emploi de la vaseline au sublimé, etc. Cette femme ne s'est pas intoxiquée à la Maternité : elle était déjà malade lorsqu'elle nous est arrivée, et nous croyons pouvoir attribuer à l'empoisonnement les frissons et le sensorium voilé qu'elle présentait déjà pendant le travail.

D'où qu'elle soit venue, d'ailleurs l'infection était évidente, profonde et semblait à M. le professeur Hubert au-dessus des ressources de l'art. C'est dans ces conditions que, désireux de se renseigner sur la valeur de la sérothérapie, il s'adressa, — avec plus de curiosité que d'espoir, nous disait-il, — à son collègue M. Denys.

M. le professeur Denys nous remit 100 grammes de sérum antistreptococcique polyvalent et, selon ses indications, j'injectai, immédiatement l'une après l'autre, 5 seringues de 20 grammes, au bras, à l'avant-bras et à la cuisse. Disons tout de suite qu'elles ne produisirent ni phénomènes inflammatoires locaux, ni éruption cutanée.

Les injections ont été pratiquées le jeudi 25 novembre, à 11 heures du matin :

	à 14	heures :	température,	40°,4 ;	pouls, 120-124
	à 19	»	»	40°,6;	» 125
26 novembre	à 9	»	»	38°,1 ;	» 105
	à 14	»	»	39°,9;	» 125
	à 19	»	»	39°,2 ;	» 120
27 novembre	à 9	»	»	37°,8;	» 110
	à 13	»	»	39°,7;	» 120
	à 19	»	»	39°,1 ;	» 110
28 novembre	à 8	»	»	37°,4;	» 100
	à 12	»	»	38°;	» 120
	à 19	»	»	37°,9;	» 100
29 novembre	à 8	»	»	37°;	» 90
	à 12	»	»	37°,4;	» 90

Aussitôt après l'injection la physionomie de l'infection se transforma : la stupeur se dissipe, les fuliginosités disparaissent, la langue s'humecte, le ventre s'assouplit; la femme se plaint bien d'un peu de mal de tête, mais demande instamment à manger.

Seulement le jour suivant (26) il survient un délire violent, avec des hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, qui nous obligent de surveiller la malade deux nuits de suite, pour l'empêcher à tout moment de sauter du lit et de s'échapper de la salle.

Le lundi 29, nous la faisons entrer à l'hôpital, où on doit l'enfermer dans une chambre spéciale et lui mettre la camisole de force.

L'orage a été de courte durée : dès le lendemain on put placer la malade dans les salles communes et sa convalescence fut si rapide que le 9 décembre elle pouvait quitter l'hôpital complètement rétablie... revenant d'aussi loin qu'il est possible de revenir.

Les trois observations suivantes ont été recueillies par M. le Dr Pouillon, de Wygmael. Nous les résumons très brièvement.

DEUXIÈME CAS. — En octobre, avortement de 2 1/2 mois, suivi de fortes hémorragies. Fièvre dès le 3me jour. A partir du 13, lavages intra-utérins et, le 19, curettage de la matrice. Le 20, à 7 heures du matin, la température est à 38°,5; grand frisson d'une demi-heure, à la suite duquel le thermomètre remis dans l'aisselle à 9 heures du matin, marque 41,5°. Pouls très petit, filant, à 150; matrice très douloureuse, mais sans infiltrations périphériques. La malade, pâle et affaissée, dit qu'elle va mourir.

A 10 heures du matin : température 41°,5; injection de 200 centimètres cubes de sérum *polyvalent*.

A 6 heures du soir la température est à 39°,6.

Le 21	à 6 heures	»	à 38°,5
	à 18 »	»	à 38°
Le 22	à 6 »	»	à 37°.

La température, si rapidement abattue, ne s'est plus élevée au-dessus de la normale sauf le 28, sous l'influence d'une poussée d'urticaire et de douleurs articulaires — complétement dissipées le 1er novembre.

TROISIÈME CAS. — Primipare accouchée le 22 octobre. Le Dr Pouillon, appelé le 28, constate une infection puerpérale : fièvre

vive, empâtement des fosses iliaques. Il pratique des lavages utérins sans obtenir d'amélioration et le 31, un râclage.

Le 1r novembre, à	6	heures	température 38°,9, pouls 140.		
à	12	»	*injection* 100 *cc de sérum monovalent*,		
à	18	»	température 40°,6, pouls 150		
Le 2 novembre à	6	»	»	37°,6	» 96
à	18	»	»	38°,2	
			injection 100 *cc sérum bivalent.*		
Le 3 novembre à	6	»	température 38,8°, pouls 90.		
à	18	»	»	41°,	» 120.
Le 4 novembre à	6	»	»	38°,7	
à	18	»	»	39°,4	
			injection 100 *cc sérum polyvalent.*		
Le 5 novembre à	6	»	température 38°,2		
à	18	»	»	38°	
Le 6 novembre à	6	»	»	37°,7	
à	18	»	»	37°,7	
Le 7 novembre à	6	»	»	37°,1	

A partir de ce moment, état apyrétique.

Le 14 novembre, urticaire pendant 24 heures, suivie de douleurs articulaires, qui disparaissent le 16.

QUATRIÈME CAS. — Le 8 novembre, avortement de 4 mois. Le 12, dans la soirée, douleurs dans le bassin et empâtement péri-utérin, surtout marqué à gauche.

Le 13 novembre,	température	matin :	38°
	»	soir :	38°,4
Le 14 novembre	»	matin :	38,5°, râclage
	»	soir :	39°,6
Le 15 novembre	»	matin :	38°,6; pouls à 90
	»	soir :	39°,5; » à 105
	injection de 100 *cc*, *sérum polyvalent.*		
Le 16 novembre,	température	matin :	37°,9; pouls à 90
	»	soir :	38°,9; » à 90
Le 17 novembre	»	matin :	37°,6
	»	soir :	38,3°
Le 18 novembre	»	matin :	37°,5
	»	soir :	38°,3
Le 19 novembre	»	matin :	37°,3
	»	soir :	38°,3
Le 20 novembre	»	matin :	36°,5.

Depuis lors apyrexie complète.

Un mot pour expliquer les néologismes — représentant des choses nouvelles — de sérums *monovalent*, *bivalent* et *polyvalent*, dont nous nous sommes servi.

M. le D[r] Vande Velde a établi, au laboratoire de bactériologie de Louvain, qu'un sérum antistreptococcique, très puissant contre le microbe qui l'a produit, peut rester sans vertu contre le streptocoque d'une autre infection.

Il a montré aussi que, si l'on vaccine un cheval avec deux streptocoques différents, le sérum de ce cheval agira dans les maladies produites par les deux streptocoques : il est *bivalent*.

Ces expériences ont été le point de départ d'une modification dans la culture des liquides immunisants, et ont conduit à la production du sérum *polyvalent*. Aujourd'hui, à Louvain, les chevaux sont vaccinés avec un mélange de *quinze* streptocoques différents, recueillis dans autant d'affections streptococciques différentes. De sorte que dans un cas d'infection pris au hasard de la pratique, ce sérum a quatorze chances de plus que les *monovalents* d'être le sérum qui convient, agit et sauve.

Traduisant l'impuissance de l'art de son temps, Moreau pouvait dire avec justesse : « L'accouchée est une place démantelée, ouverte de toutes parts à l'ennemi. » Eclairée par les patientes recherches des laboratoires, la thérapeutique moderne a relevé les murailles qui empêchent les prises d'assaut. Elle croit, de plus, être dès aujourd'hui en mesure de réduire à l'impuissance certains envahisseurs qu'un manque de vigilance ou une brèche auraient laissés passer.

—

CINQUIÈME OBSERVATION. — Depuis notre communication à l'Académie, M. le D[r] Pouillon nous a fait parvenir l'histoire pathologique complexe d'une accouchée auprès de laquelle il fut appelé le 6[e] jour. Lui trouvant une température de 40°,2 il s'empressa de lui faire une injection de 100 c. c. de sérum antistreptococcique monovalent. Le lendemain, dans l'après-midi, se déclare une pneumonie — non à pneumocoques mais à petits bacilles ressemblant à ceux de la grippe — qui évolue à la base du poumon droit du 15 au 21 décembre

et le 22 se jette sur le poumon gauche. Le 29 les pneumonies sont guéries, mais si les « petits bacilles » ont fini leur rôle, les streptocoques, un moment relégués à l'arrière-plan, reviennent au premier et le 30 une *phlegmasia alba dolens* envahit le membre inférieur gauche. Le gonflement du membre ne commence à se dissiper qu'au bout d'une dizaine de jours et une dizaine de jours plus tard c'est la jambe droite qui est prise de phlébite. La température s'élevant alors à près de 40° C. une injection de sérum antistreptococcique *polyvalent* est décidée, qui fait presque aussitôt tomber la fièvre et est suivie de la guérison.

Voici, très sommairement résumés, les détails de ce cas intéressant et compliqué.

X..., primipare de 24 ans, accouche le 6 décembre 1897, assistée par une sage-femme; accouchement naturel. Le 9 décembre la fièvre se déclare mais le d[r] Pouillon n'est appelé que le 12 au soir.

Dates.	Température. M.	Température. S.	
12 déc.	—	38°,6	
13 »	38°,4	39°,3	frisson intense. Matrice douloureuse; peu d'écoulement lochial.
14 »	39°,2	40°,2	tous les symptômes d'une infection grave. *injection de 100 c. c. de sérum monovalent.*
15 »	39°,2	39°,3	état général amélioré, mais dans l'après-midi, violent point de côté à droite.
16 »	38°,9	40°,5	toux; crachats sanguinolents, visqueux, transparents.
17 »	39°,8	39°,4	tous les signes d'une pneumonie de la base du poumon droit. Les crachats ne contiennent pas de pneumocoques, mais de petits bacilles ressemblant à ceux de la grippe. On renonce donc aux sérums antistreptococciques.
18 »	39°,1	39°,2	
19 »	38°,9	38°,9	
20 »	39°,1	39°,1	
21 »	38°,5	39°,3	les symptômes de pneumonie droite sont amendés.
22 »	38°,7	39°,6	point de côté à gauche.
23 »	38°,7	39°,7	pneumonie déclarée; mêmes crachats, contenant les mêmes petits bacilles.

Dates.	Température. M.	S.	
24 déc.	39°,1	39°,7	
25 »	39°,0	39°,7	
26 »	37°,9	38°,5	éruption urticaire.
27 »	37°,9	39°,0	
28 »	38°,5	38°,4	
29 »	38°,7	38°,5	les symptômes de pneumonie ont disparu.
30 »	38°,9	38°,9	phlébite du membre inférieur gauche.
31 »	38°,7	39°,3	
1 janv.	39°,1	39°,1	
2 »	39°,4	39°,8	
3 »	38°,8	39°,4	
4 »	39°,0	38°,8	
5 »	38°,5	38°,5	
6 »	38°,3	38°,3	
7 »	38°,7	38°,3	
8 »	38°,2	38°,2	le gonflement se dissipe graduellement.
9 »	38°,7	39°,0	
10 »	38°,7	38°,3	
11 »	38°,7	37°,7	
12 »	38°,0	38°,2	
13 »	38°,2	38°,5	
14 »	38°,4	38°,7	
15 »	38°,6	39°,0	le membre droit se prend de phlébite.
16 »	39°,2	39°,8	
17 »	39°,3	39°,8	
18 »	39°,3	39°,8	
19 »	39°,2	39°,8	
20 »	39°,2	39°,6	le membre est toujours douloureux et gonflé. *injection de 100 c. c. de sérum polyvalent.*
21 »	38°,0	38°,0	amélioration marquée de l'état général.
22 »	37°,2	37°,6	
23 »	37°,2	37°,5	
24 »	37°,2	38°,0	
25 »	37°,2	37°,2	convalescence franche, suivie d'une guérison complète.

Dr Eugène Hubert.

TRAITEMENT DE L'APOPLEXIE.

Dans l'apoplexie, il y a, d'une part, comme l'expose le prof. Grasset dans la *Médecine moderne*, la lésion anatomique, qui est variable de nature, de siège, d'étendue, et, d'autre part, l'état général du cerveau, qui fait l'ictus, qui est l'essence de l'apoplexie.

L'apoplexie est essentiellement caractérisée par un état congestif des parties supérieures du corps avec éréthisme circulatoire général plus ou moins considérable.

Contre l'état congestif de la tête, il n'y a qu'une médication possible, la révulsion sous toutes ses formes. Contre l'état de la circulation générale, il y a toute la gamme des modificateurs de la tension.

L'auteur traite d'abord des *émissions sanguines*, tant en honneur autrefois, si déconsidérées aujourd'hui.

A ne considérer que la lésion localisée, il est certain que l'hémorragie cérébrale en soi, aussi bien que le ramollissement cérébral, n'indiquent nullement les émissions sanguines.

Exclusivement basée sur la considération de la lésion anatomique locale, l'indication de ces émissions sera évidemment réduite aux cas d'urémie et aux cas de congestion cérébrale initiale.

Mais, à côté de la lésion locale, il y a le cerveau tout entier, et c'est l'état de ce cerveau tout entier qui fait l'apoplexie. Or cet état, c'est un état de pléthore céphalique sanguine ou lymphatique. C'est un état qui par lui-même ne contre-indique pas les émissions sanguines, qui les indique même souvent.

En principe donc, l'apoplexie indique *les émissions sanguines locales, révulsives :* c'est-à-dire des applications de sangsues au fondement ou derrière les oreilles, suivant qu'on veut agir loin ou près de l'organe malade.

La saignée est subordonnée à une autre indication : l'état de la circulation générale. S'il y a éréthisme circulatoire, turgescence générale, pouls vibrant, la saignée est indiquée.

La révulsion est établie par plusieurs ordres de moyens. Outre les émissions sanguines locales, déjà citées, il y a surtout *les purgatifs.*

Ceux-ci empêchent l'encombrement gastro-intestinal si fâcheux pour l'apoplectique, et à son défaut, opèrent une véritable révulsion fluxionnaire sur la circulation encéphalique.

Si le malade peut avaler, on lui fera prendre du calomel : deux à quatre paquets de 25 centigrammes dans du lait.

Si l'on n'obtenait pas d'effet évacuant, on administrerait, par cuillerée, de quart d'heure en quart d'heure, la mixture suivante :

Huile de croton biglycérinée	1 goutte.
Huile de ricin Huile d'amandes douces	} ââ 30 grammes.
Sirop de limon	60 grammes.

Si le malade n'avale pas ou avale mal, ce qui est le cas le plus fréquent, on administrera des lavements avec de la glycérine, de l'huile, ou mieux 15 à 20 grammes de sulfate de soude dans une décoction de 10 grammes de follicules de séné.

Le troisième groupe de révulsifs à employer dans l'apoplexie est constitué par *les révulsifs cutanés*.

Tout d'abord on promènera des *sinapismes* sur les quatre membres, spécialement sur les membres inférieurs.

Puis on enveloppera les membres, du genou en bas, soit avec de la ouate saupoudrée de farine de moutarde et recouverte d'un taffetas ciré, soit avec de grands cataplasmes sinapisés.

On peut encore envelopper les jambes dans des *bottes d'ouate* aseptique trempée dans de l'eau boriquée chaude.

S'il n'existe pas d'albumine dans les urines, on peut appliquer des *vésicatoires* aux mollets ou aux cuisses.

La médication révulsive peut être complétée par des *applicatious froides sur le front* ou le sommet de la tête, soit avec des compresses trempées dans l'eau et renouvelées, soit avec la vessie contenant de la glace et bien suspendue.

A côté de la médication révulsive, il y a souvent lieu dans l'apoplexie d'instituer une *médication stimulante*.

Si le malade peut boire, on lui fera donner par cuillerées la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque	5 grammes.
Teinture de cannelle	3 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger	30 grammes.
Eau de tilleul	Q. s.

pour 120 centimètres cubes.

que l'on pourra alterner avec la suivante :

Caféine Benzoate de soude	} ââ 2 grammes.
Julep simple	120 cent. cub.

Si le malade n'avale pas, ou si l'indication est plus urgente, on aura recours aux *injections hypodermiques* : 1 à 5 et 10 centimètres cubes d'*éther* par vingt-quatre heures, 2 à 4 et à 6 centimètres cubes par jour de :

Caféine Benzoate de soude	ââ 2 gr. 50
Eau bouillie	Q. s.
pour 10 centimètres cubes.	

ou encore les injections d'*huile camphrée* (2 à 5 seringues par jour de la solution à 10 p. c.) de *spartéine* (2 à 5 seringues par joua de la solution suivante)

Spartéine	10 centigr.
Eau bouillie	10 grammes.

ou enfin des injections de *sérum artificiel.* M. Grasset conseille d'injecter, par 25 centimètres cubes chaque fois, un quart de litre par vingt-quatre heures du liquide suivant :

Sulfate de soude	10 grammes.
Chlorure de sodium	5 grammes.
Eau distillée bouillie	Q. s.
pour 1 litre.	

Il faut tenir la main à ce que les *précautions hygiéniques* les plus rigoureuses soient observées; surveiller la vessie, la production d'escarres. Comme régime, lait et bouillon si le malade peut avaler. On peut y joindre un peu de décoction de quinquina, de kola granulée ou, dans certains cas, un peu d'alcool (4 à 60 grammes), de cognac, kirsch, rhum ou chartreuse. L.

—

TRAITEMENT DE L'HÉMIPLÉGIE.

Le Dr Vogt analyse dans la *Revue de thérap. médico-chirurgic.* un travail du Dr Huchzermeyer, proposant quelques modifications au traitement classique de l'hémiplégie, quelle qu'en soit d'ailleurs l'étiologie.

L'auteur relève d'abord le fait que l'amélioration se manifeste beaucoup plus rapidement à la suite d'une attaque dans la musculature de la face et du pharynx que dans celle des extrémités : en outre, il remarque que les essais de mouvements passifs sont très douloureux. La cause de ces deux phénomènes doit être recherchée dans le fait que l'on attend en général beaucoup trop longtemps pour soumettre à un traitement méthodique, par des mouvements actifs et passifs combinés, les groupes musculaires atteints. La rapide amélioration de la musculature de la face et du pharynx tient à l'utilisation précoce, par le malade, des muscles de ces régions, car l'hémiplégique cherche à parler, s'efforce de manger, etc., mais n'essaie pas dans la même mesure de se servir de ses membres paralysés : ces derniers

rappellent l'aspect des membres trop longtemps enfermés dans un appareil plâtré, par exemple.

Partant de cette observation, l'auteur conseille de commencer, *dès que le malade est revenu à lui après l'attaque*, les *mouvements passifs* du côté malade, combinés à des mouvements actifs du côté sain, et de donner des *bains salins à* 32°-34° *centigrades*. Les mouvements passifs devront surtout servir à lutter contre les positions vicieuses que prennent habituellement les membres paralysés (mouvements d'extension des phalanges, par exemple). On fera deux séances d'une demi-heure par jour.

L'auteur préfère ce traitement à l'électrothérapie, qu'il n'a jamais vu donner de bons résultats dans les cas où l'hémiplégie est d'origine centrale, et au massage, qui a l'inconvénient d'irriter les filets nerveux. Les mouvements passifs favorisent la circulation dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques et préviennent l'apparition de la contracture.

L'action des bains est indéniable : on constate souvent que les malades dans le bain retrouvent des mouvements actifs qu'ils ne peuvent exécuter à un autre moment : cela tient à la diminution du poids du membre plongé dans un liquide de densité élevée. Le malade qui remarque qu'il est capable, dans le bain, d'exécuter des mouvements actifs, quelque faibles qu'ils soient, reprendra courage et s'ingéniera, une fois replacé dans son lit, à refaire ces mêmes mouvements.

Le Dr Goldscheider a insisté également sur l'utilité, dans un grand nombre de cas de parésie très marquée, des mouvements de gymnastique pratiqués dans un bain; il pense que cette influence mécanique de l'eau joue un rôle prépondérant dans les résultats thérapeutiques obtenus dans beaucoup de stations thermales indifférentes. Les paralysés et les parésiés ressentent dans l'eau des phénomènes très agréables et très curieux de soulagement : les jambes qui obéissaient quelques instants auparavant si difficilement, entrent aisément en mouvement dans l'eau du bain. Le malade ressent un *plaisir de mouvement* qui exerce une influence psychique indéniable.

Il faut placer les malades dans des baignoires très profondes, permettant de remuer facilement les jambes sans que le pied sorte de l'eau, et l'on verra avec joie combien les malades font des progrès dans la faculté de commander à leurs mouvements et combien s'accroît leur force musculaire.

L'auteur recommande encore de *faire quitter aux malades la position horizontale, aussitôt que possible*. L'hémiplégique assis, la jambe pendante, peut imprimer à cette jambe des mouvements actifs de pendule qui exigent un déploiement de forces minime : l'effet moral

est considérable. On placera donc les malades debout, dans une sorte de cage de bois, munie de roulettes, facile à déplacer par l'impulsion donnée par les muscles sains. Les hémiplégiques retrouvent ainsi une certaine confiance, et demandent bientôt à essayer de déambuler en s'aidant de béquilles ou de cannes. L'hémiplégique étendu horizontalement dans son lit, se sent, au contraire, impuissant à soulever sa jambe paralysée, il se désespère et le temps nécessaire pour le remettre sur pied se trouve considérablement augmenté.

Enfin, l'*auto-suggestion* joue un rôle très grand chez l'hémiplégique, et le médecin qui saura utiliser cet état mental tout particulier obtiendra de rapides résultats thérapeutiques. L.

—

DE LA RÉÉDUCATION DES MOUVEMENTS CHEZ LES TABÉTIQUES.

Nous avons déjà signalé cette méthode de traitement de l'ataxie, introduite dans la thérapeutique en 1890 par Frenkel; elle a donné les résultats les plus heureux, ainsi qu'il résulte d'une étude publiée par la *Presse médicale*.

Les considérations sur lesquelles est basée cette méthode sont les suivantes :

L'ataxie d'un mouvement est l'absence de la coordination des actes musculaires élémentaires qui composent ce mouvement. Or, la coordination n'est pas instinctive, chez l'homme du moins. Les fonctions motrices compliquées (la marche, l'écriture, la danse, la nage, etc.), sont les résultats d'une éducation pénible et prolongée, dont le but est, précisément, d'apprendre à coordonner les efforts musculaires en vue d'obtenir un effet déterminé en dépensant un minimum de temps et de force. Il est donc logique d'essayer de rendre, par une éducation nouvelle, l'art de coordonner à ceux qui l'ont perdu.

Il est, d'autre part, remarquable que l'ataxique, qui ne peut coordonner ses mouvements par le mécanisme ordinaire de la coordination, cherche à les coordonner d'une manière nouvelle : en surveillant, des yeux, sans cesse, la direction imprimée à ses membres, et en la corrigeant ainsi. L'exagération extrême de l'incoordination dans l'obscurité en est une preuve. Il était logique aussi de seconder cet effort de la nature.

C'est l'indication poursuivie par Frenkel par sa méthode dite de rééducation.

Voici quelle est, dans ses principes essentiels, la *technique* de cette méthode.

Exercices pour les membres inférieurs. — Lorsque *le tabétique est confiné au lit*, par le degré extrême de son ataxie : Exercer ses membres

inférieurs à répéter des mouvements, simples d'abord, puis progressivement compliqués, de façon à reproduire peu à peu tous les exercices qu'il est nécessaire de leur demander dans la vie ordinaire. Exemples : toucher avec le bout du pied la main du médecin étendue au-dessus du lit; toucher avec le talon du pied gauche la rotule du genou droit, et réciproquement ; passer alternativement les deux pieds au-dessus d'une canne tenue horizontalement; écarter et rapprocher les genoux, les jambes étant en demi-flexion, etc., etc.

Ces mouvements, qu'on pourra varier à l'infini, doivent être exécutés lentement, sans secousse et en suivant des lignes droites. On les répétera patiemment, jusqu'à ce que le malade les fasse d'une manière impeccable.

Lorsque *le tabétique peut se lever :* Exercices de station debout, les pieds écartés, d'abord, puis rapprochés successivement. Le malade sera maintenu d'abord par deux aides, puis par un seul ; puis, il s'exercera seul, appuyé sur le dos d'une chaise.

Porter alternativement l'un et l'autre pied en avant à une distance déterminée en les plaçant dans des limites tracées à l'avance. On écartera de plus en plus la distance de ces limites. Ramener le pied à sa place primitive.

Se lever et s'asseoir sur une chaise sans s'aider des mains;

Se baisser et se relever, les pieds joints;

Marcher le long d'une ligne droite à pas réguliers;

S'arrêter, partir et se retourner au commandement.

Exercices pour les membres supérieurs. — Toucher du bout du doigt un point déterminé. Planter dans une planche forée de trous des chevilles de bois. Parcourir avec un crayon de menuisier des figures simples d'abord, puis compliquées; tracer au tableau des lignes droites, courbes, brisées, des lettres. Refaire les mêmes exercices avec une plume sur du papier. Ramasser de petits objets (épingles, boutons). Saisir au vol un objet lancé, en commençant par de gros objets, en continuant par d'autres objets de plus en plus petits et légers.

Tous les exercices seront répétés, les yeux ouverts d'abord, car c'est sous le contrôle de la vue que l'ataxique pourra se corriger. On tentera ensuite de les répéter sans ce contrôle, c'est-à-dire en invitant le tabétique à lever les yeux en l'air. S'il peut y réussir, on tentera, enfin, les mêmes exercices en lui maintenant les yeux fermés.

Les séances auront une durée très courte, au début du traitement. On les allongera, par la suite, et leur durée moyenne sera d'une demi-heure, coupée en trois reprises, séparées par deux ou trois minutes de pause. On fera une séance par jour, au début; on peut en faire deux, ensuite. Il est indispensable que le traitement tout entier soit dirigé

par le médecin ; mais il n'est pas nécessaire qu'il dirige lui-même toutes les séances. Il peut en confier la surveillance à une personne de la famille, à condition qu'elle soit suffisamment sévère et intelligente, car ces exercices doivent être répétés avec un soin méticuleux. Le malade pourra, du reste, s'exercer seul à répéter les mouvements qu'on lui aura appris dans l'intervalle des séances.

Il ne sera pas inutile de faire suivre les séances prolongées de massage musculaire, mais il faut observer que tous ces exercices doivent mettre en œuvre l'adresse et non la force du malade, développer la coordination et non la puissance des muscles ; il ne s'agit pas de confondre la méthode de Frenkel avec la gymnastique, qui est au contraire interdite aux tabétiques.

En ce qui concerne les *indications*, il ne faut pas oublier que la méthode de Frenkel a pour seul objectif l'amélioration de l'ataxie et qu'elle n'agit nullement sur les autres symptômes du tabes : c'est ainsi que dans les cas où l'ataxie est peu accentuée, l'amélioration obtenue est insignifiante, alors qu'au contraire elle est tout à fait remarquable, lorsque l'incoordination est assez grande pour obliger le malade à garder le lit.

Il faut néanmoins s'abstenir de la méthode, pour des raisons faciles à deviner, lorsque l'ataxie est en voie d'évolution croissante et rapide, que l'état général est très grave, qu'il y a de l'amaurose, des troubles intellectuels, des paralysies, des arthropathies.

Les cas favorables sont ceux où l'ataxie est très accentuée, alors que les autres symptômes du tabes sont à peu près nuls et que l'état général du malade s'est maintenu excellent ; toutefois, il faut que, depuis un certain temps, la progression de l'ataxie soit tout à fait suspendue et que celle-ci ne marqne aucune tendance à l'aggravation.

Il est bon de savoir qu'il y a habituellement dès les premières séances, une amélioration rapide : elle provient de ce que les tabétiques sont la plupart très impressionnables, dans un état voisin de la neurasthénie ; ils exagèrent ainsi leurs troubles très réels ; ils craignent de se fatiguer en marchant, ils redoutent les chutes, ils n'osent plus s'aventurer seuls dans les rues et dans les escaliers ; en somme, ils se croient beaucoup plus ataxiques qu'ils ne le sont en réalité.

Lorsque cette période de succès rapide est passée, la période véritablement utile commence. C'est en un ou deux mois que s'établissent alors, insensiblement, les petits progrès dont l'ensemble modifiera complètement les actes de l'ataxique.

Plus on avance vers la fin du traitement et plus les progrès seront difficiles ; enfin, il viendra un moment où il est impossible, quelque

soin qu'on y apporte, de pousser la cure plus loin. Dans ce cas, il est inutile de continuer les épreuves durant des mois ou des années ; lorsque l'état sera nettement stationnaire, le traitement sera suspendu.

On peut considérer comme indéfiniment durables les améliorations obtenues, lorsqu'elles s'adressent à des malades dont l'ataxie ne progresse plus. Au contraire, si l'ataxie continue à évoluer, elle regagnera évidemment le terrain que la rééducation lui avait fait perdre, et il faudra alors recommencer de nouvelles périodes de traitement.

C'est, en moyenne, après deux mois que le maximum d'amélioration est atteint ; mais, c'est là un chiffre variable, car il oscille entre un et six mois. L.

ÉLONGATION DE LA MOELLE CHEZ LES TABÉTIQUES.

Si la méthode de Frenkel n'est destinée qu'à agir sur l'incoordination des mouvements, l'élongation agit de la manière la plus heureuse sur les troubles génito-urinaires et sur les manifestations douloureuses du tabes, tout en diminuant cependant aussi l'ataxie.

Nous avons indiqué par quels moyens simples et à la portée de tout le monde l'élongation peut être pratiquée.

Le Dr G. de la Tourette admet que l'élongation médullaire, pratiquée avec les anciens procédés, donne 35 à 40 insuccès p. c. ; et pratiquée avec les nouveaux procédés, 22 p. c. seulement.

Chez 21 ataxiques observés par l'auteur, 18 hommes et 3 femmes, le traitement a été suffisamment prolongé et régulièrement suivi (15 à 40 séances) pour permettre d'apprécier la méthode. 17 malades sur 20 en ont retiré des bénéfices considérables, portant particulièrement sur les phénomènes douloureux, les troubles génito-urinaires (sauf l'incontinence toujours peu modifiée), l'incoordination motrice.

Ce pourcentage paraîtra peut-être très considérable ; on s'en étonnera moins lorsqu'on saura que tous les ataxiques qui se sont présentés n'ont pas été indistinctement soumis à l'appareil. L'élongation doit être refusée aux tabétiques cachectiques comme à ceux dont la maladie a une très lente évolution, dans les cas d'artropathies, de crises laryngées. Il faut, en outre, s'assurer, après expérience, que la colonne vertébrale n'est ni trop rigide ni trop flexible ; la sensation d'engourdissement dans les pieds, éprouvée pendant la séance, est la meilleure preuve de la réalité de l'élongation et d'une bonne application de l'appareil. L.

COMMENT MEURENT LES DIABÉTIQUES.

Comme le fait remarquer le dr Le Gendre dans une leçon clinique insérée dans la *Semaine Médicale,* il est rare, il est même exceptionnel

qu'on meure directement du diabète : on meurt presque toujours d'une complication.

Ce n'est guère que dans le diabète dit pancréatique que le patient succombe aux progrès du marasme et de la dénutrition. Tout sujet frappé de dégénérescence du pancréas est voué à une déchéance irrémédiable, quoi qu'on fasse, en l'espace de quelques mois.

Mais l'auteur consent à peine à donner le nom de diabète à la glycosurie des sujets atteints de lésions du pancréas et ne s'occupe que des deux autres formes, le diabète nerveux et le diabète arthritique.

Or, cet état pathologique variable en ses degrés, polymorphe dans ses manifestations, insidieux presque toujours dans ses débuts, longtemps méconnu des médecins qui n'analysent pas systématiquement l'urine de tous leurs malades, permet souvent à ceux qui en sont atteints de fournir une longue carrière, s'ils règlent leur vie d'une certaine façon.

Sinon, ils courent des dangers divers qu'il importe de signaler.

D'abord, bon nombre de diabétiques succombent à des accidents nerveux affectant tantôt la forme du *coma*, tantôt celle du *collapsus*. La cause occasionnelle qui vient rompre un équilibre instable peut être tantôt un surmenage professionnel ou cérébral, tantôt un shock opératoire ou un traumatisme.

Ensuite, le foie, le rein, l'appareil circulatoire sont trois points faibles chez le diabétique.

Le premier de ces organes n'est probablement jamais sain dans le diabète; si bien que certains pathologistes ont fait pivoter toute la maladie autour de lui. Chez la plupart des diabétiques, le foie est augmenté de volume, soit par hyperémie d'origine nerveuse, soit par hypertrophie des cellules qui travaillent avec suractivité.

Le diabétique polyphage soumet d'ailleurs son foie à un surmenage digestif et, pour peu qu'à la quantité excessive des aliments s'ajoute leur mauvaise qualité, notamment l'abus des boissons alcooliques, la sclérose, favorisée par l'état défectueux de tout le système artériel, évolue aisément. La *cirrhose du foie* est un des épiphénomènes du diabète.

Le rein est surmené par l'élimination incessante du sucre et des poisons qui se forment chez le diabétique par une désassimilation azotée imparfaite; il est le siège de la dégénérescence hyaline des cellules épithéliales, de l'infiltration glycogénique etc.. Aussi l'*albuminurie* est-elle fréquente chez les diabétiques et la terminaison par *urémie* n'est-elle pas insolite chez eux.

Les altérations de l'appareil circulatoire pivotent surtout autour de l'artérite. Les *gangrènes* par ischémie constituent une des menaces les plus graves pour les diabétiques. Les *endocardites* et les *péricar-*

dites sont des causes de mort plus exceptionnelles. L'angine de poitrine a été vue quelquefois.

Quand l'insuffisante irrigation des tissus par suite de l'artérite a mis ceux-ci en infériorité nutritive, l'apport accidentel des agents infectieux vient faire éclater la complication redoutable, qui peut être, suivant les cas, le sphacèle d'un membre ou l'endopéricardite septique. *Le diabétique, en effet, fournit un terrain de culture favorable à tous les microbes.* Il doit se tenir sans cesse en garde contre les agressions infectieuses.

L'*infection tuberculeuse* est une de celles qui le menacent le plus dans les grandes agglomérations humaines. Elle s'installe insidieusement et évolue en général avec rapidité. Il n'est pas rare que le sucre disparaisse des urines lorsque la tuberculose est en pleine évolution, principalement sous l'influence de la fièvre, qui active les oxydations.

Le pneumocoque est aussi l'agent destructeur de certains diabétiques, chez lesquels la *pneumonie* peut évoluer avec des allures remarquablement insidieuses.

Le streptocoque et les staphylocoques emportent des diabétiques par des suppurations de toutes les régions où peuvent se produire des *anthrax*, des *furoncles*. des *phlegmons*.

Parmi les autres dangers qui menacent le diabétique, il en est encore contre lesquels on peut le prémunir : ainsi, l'*abus des boissons alcooliques et celui des médicaments*. Une opinion trop généralement répandue parmi les gens du monde, c'est que le diabétique, ayant besoin de toniques, doit user largement de vin et même d'alcool; or, il n'est pas douteux que c'est là une pratique dangereuse. Le foie n'est peut-être, avons-nous vu, jamais intact chez le diabétique; il est habituellement gros et disposé aux poussées congestives; la cirrhose est fréquente. L'usage libéral du vin ne peut être bon et l'alcool est détestable. Trop de diabétiques prennent ces vins médicamenteux, dont la mode règne d'une façon si fâcheuse.

De même, il y a peu de diabétiques qui, au moins pendant les premiers mois après la constatation de leur maladie, résistent à la tentation d'essayer toutes les substances vantées comme capables de guérir le diabète; le résultat trop fréquent de ces essais est de provoquer chez eux des troubles digestifs d'autant plus fâcheux que l'intégrité des fonctions de l'estomac est leur meilleure sauvegarde.

Ce ne sont pas les médicaments, mais c'est le régime, ce dont nous allons parler, qui est l'ancre de salut pour les diabétiques. L.

—

COMMENT DOIVENT VIVRE LES DIABÉTIQUES.

Le Dr Legendre a résumé ainsi qu'il suit, dans le même article, les règles du traitement hygiénique et alimentaire du diabétique :

Se coucher de bonne heure, se lever à heure fixe et assez matinale; se frictionner chaque jour tout le corps, avant de s'habiller, avec un gant de crin, et avant de se coucher, avec un gant de flanelle imbibé d'un alcoolat aromatique; se livrer à des *pratiques hydrothérapiques* variables suivant la saison. On peut conseiller toujours les bains frais ou tièdes de dix à vingt minutes tous les deux ou trois jours, additionnés tantôt de carbonate de soude, tantôt de sel marin ou de sulfure de sodium. Les douches froides sont bonnes par séries de vingt jours, trois ou quatre fois par an pour les diabétiques moyens, assez vigoureux et capables de bonnes réactions. Aux époques convenables, on les enverra dans certaines stations thermales prendre des douches chaudes suivies de massage.

L'hydrothérapie répond d'abord à la nécessité de maintenir la peau dans une propreté parfaite, d'assurer le bon fonctionnement de ses glandes et l'activité de sa circulation, toutes circonstances propres à prévenir les dermatoses auxquelles le diabétique est exposé, et les auto-inoculations microbiennes. Mais, en outre, ces stimulations cutanées influencent favorablement les échanges nutritifs par l'intermédiaire du système nerveux impressionné dans ses expansions périphériques.

Le diabétique doit prendre une certaine somme d'*exercice physique quotidien au grand air*, toutes les fois que le temps le permet. Cet exercice doit être suffisant pour activer les mouvements respiratoires et par suite augmenter les oxydations, mais jamais excessif, car l'organisme, dans ce cas, s'encombrerait de produits de désassimilation insuffisamment oxydés et lents à s'éliminer et se trouverait menacé d'auto-intoxication. D'ailleurs, le diabétique a un système nerveux qui s'épuise vite, l'asthénie est pour lui une menace constante. Enfin, après des exercices violents, les diabétiques sont exposés à contracter des refroidissements les exposant à des bronchites ou à la pneumonie.

On peut conseiller la promenade, les jeux de plein air, la chasse, l'équitation, la bicyclette à allure modérée, etc.

Le diabétique doit prendre des *soins minutieux de la bouche ainsi que des organes génitaux*, afin de ne pas laisser de porte ouverte aux infections secondaires. L'hygiène de la bouche comporte le nettoyage des dents après chaque repas, les gargarismes et poudres dentifrices antiseptiques, l'extinction des foyers suppuratifs que provoquent si souvent chez eux les stomatites et gingivites Les érythèmes et eczémas qui affectent fréquemment leurs organes génitaux et que le prurit transforme en excoriations seront prévenus par des soins de toilette minutieux et guéris le plus vite possible. En un mot, aucune plaie n'est insignifiante et ne doit être négligée.

Dans le même ordre d'idées, se hâter de faire disparaître les catarrhes accidentels des voies respiratoires qui peuvent, chez le diabétique, servir de porte d'entrée à l'infection tuberculeuse.

Puis vient la question capitale du ***régime alimentaire.***

Au début du traitement de tout diabétique, à moins qu'il ne soit arrivé à la période consomptive, et si rien dans l'analyse de ses urines (acétone en quantité élevée, azoturie excessive) ne fait craindre l'auto-intoxication et le coma, soumettre le malade pendant dix jours à un régime d'épreuve aussi sévère que possible, afin de s'assurer du résultat qui peut être obtenu au point de vue de la diminution ou de la disparition du sucre.

C'est le ***régime sacro-adipeux exclusif***, à peu près tel que l'avait formulé Cantani. Le diabétique ne prendra que des viandes, des poissons, des œufs, des graisses; il boira de l'eau additionnée d'un peu de vin ou de café (sans sucre bien entendu). On lui supprimera tous les féculents et les farineux, y compris le pain, le sucre et tous les fruits.

Cette diététique sévère réussit-elle à supprimer la glycosurie, on en conclut à la bénignité du diabète et à la possibilité de l'enrayer sans faire intervenir les médicaments. Dans le cas contraire, on aborde les cures médicamenteuses.

Quoiqu'il en soit, on ne continue pas à exiger le régime de Cantani et on institue un régime plus tolérable, qui est combiné de façon à introduire dans l'économie le moins possible de générateurs du sucre, sans amener cependant le dégoût par la satiété d'une alimentation trop uniforme et la dyspepsie par des aliments trop exclusivement azotés.

On permettra des potages au bouillon gras, avec des jaunes d'œufs et des légumes herbacés. Les viandes (400 à 500 grammes par jour) comprendront de la viande de boucherie, de la volaille ou du gibier, des cervelles, des ris de veau, de la charcuterie, des viandes fumées ou du jambon. On conseillera également des poissons d'eau douce ou de mer, les crustacés et les mollusques (sauf les huîtres riches en glycogène), les œufs, les graisses (100 à 200 grammes par jour), notamment les graisses d'animaux, l'huile et le beurre, par suite les conserves à l'huile, ainsi que les rillettes, le pâté de foie gras.

Comme légumes, on autorisera les herbacés cuits ou crus (chicorée, pissenlit, scorsonère, laitue, escarole, mâche, cresson), les artichauts, les crosnes, les haricots verts ; plus rarement les choux, choux de Bruxelles, choux-fleurs, choucroute, salsifis. Les épinards et l'oseille, riches en acide oxalique, sont repoussés par Bouchardat, les asperges par tous les médecins. Les légumes auront été bouillis à grande eau

et égouttés. Pour les accommoder on se servira de crème, de jus de viande, de jaunes d'œufs.

Le dessert comporte les fromages de toutes sortes, les crèmes sans sucre, les amandes, noix et noisettes, olives et pistaches.

Dans les petits diabètes, on autorise les fruits les moins sucrés (pêches, abricots, certaines prunes, fraises et framboises, pommes); on interdira toujours les raisins, cerises, figues, dattes, melons.

Le pain ordinaire, dont 100 grammes fournissent 60 grammes de sucre, est interdit en principe. Le pain de gluten, qui renferme au moins 20 p. c. d'amidon et dont 100 grammes fournissent 27 à 31 grammes de sucre (Mayet), est désagréable au goût, difficile à mastiquer et à digérer. Les pains d'amandes de Pavy et Seegen sont coûteux et indigestes; le pain de Soya hispida renferme 40 à 50 p. c. d'hydrate de carbone. Ebstein a recommandé l'aleurone, composée d'une albumine végétale mélangée à un peu de froment, assez répandue en Allemagne.

En France, on permet en général 100 à 150 grammes de pommes de terre et 25 grammes de mie de pain, ou encore 40 à 80 grammes de croûte par jour. La mie contient notablement moins de fécule que la croûte, mais on mange moins de celle-ci.

En ce qui concerne les boissons, on a dit, avec raison, que le diabétique doit boire à sa soif, parce qu'il faut une quantité déterminée du liquide pour entraîner l'excès de sucre contenu dans le sang. Mais c'est seulement l'eau et les boissons aqueuses (tisanes non sucrées de quassia, quinquina, petite centaurée), que le diabétique peut consommer à discrétion. Il faut être réservé dans l'usage du vin (une bouteille par jour au plus) à cause de l'aptitude du foie à devenir cirrhotique; il convient d'interdire l'alcool, la bière, le cidre et les vins mousseux sucrés.

Le rôle du lait a été diversement apprécié. Proscrit par les uns, il a été recommandé par d'autres comme aliment exclusif. La vérité est entre les deux extrêmes; il est des cas où le lait est nettement indiqué : diabète compliqué de néphrite, myocardite, cirrhose, etc.

L.

—

TRAITEMENT DES INFECTIONS DE L'ENFANCE PAR L'EXPOSITION A L'AIR.

Le Dr Thiercelin proteste avec raison, dans la *Revue de thérap. médico-chirurgic.*, contre la véritable séquestration qu'on inflige notamment aux enfants atteints d'une affection pulmonaire ou d'une fièvre éruptive.

Il faut aller à cet égard à l'encontre non seulement des préjugés enracinés dans l'esprit des familles, mais des idées professées pendant longtemps par les médecins eux-mêmes qui attribuaient « aux refroidissements » toutes les complications, et surtout les complications pulmonaires, survenant dans le cours des maladies infectieuses.

Ils voulaient bien admettre que l'air est le meilleur remède à opposer aux anémies et surtout à celles qui succèdent aux affections déglobulisantes, ils le recommandaient aux chlorotiques et aux convalescents, mais ils le redoutaient plutôt pour les malades atteints d'affections aiguës, surtout pulmonaires, et aussi pour les jeunes enfants, quelle que fût la maladie dont ceux-ci étaient atteints.

La thérapeutique antiphymique a, la première, cherché à s'aider des propriétés curatives de l'air pur, et au lieu de suivre les errements du passé, et de calfeutrer le pauvre tuberculeux dans une atmosphère viciée, on cherche de plus en plus aujourd'hui à le faire vivre dans un milieu où l'air est pur et constamment renouvelé; les fenêtres de la chambre où il couche restent ouvertes jour et nuit, et dans les stations, où sont soignés spécialement ces malades, la *cure d'air* est la seule thérapeutique employée, les malades vivant, le plus possible, au grand air dans des jardins ou des parcs, à l'abri du vent et du soleil.

Les résultats qu'on obtient par cette aérothérapie dans les sanatoria sont des plus encourageants; sous l'influence du séjour au grand air, les échanges nutritifs sont activés, l'appétit revient, et rapidement le tuberculeux augmente de poids. L'état général n'est pas seul amélioré, localement les symptômes s'amendent aussi, et l'aérothérapie est actuellement le meilleur traitement que nous possédions contre la tuberculose.

Frappé des résultats obtenus par l'aérothérapie dans le traitement de la tuberculose, et de l'action stimulante qu'elle exerce sur les échanges nutritifs, le prof. Hutinel songea à l'employer chez les petits enfants, chez lesquels ces échanges sont considérablement ralentis, et chez ceux qui sont atteints d'infections profondes.

M. Hutinel appliqua tout d'abord l'aérothérapie au traitement de l'athrepsie, il fit exposer à l'air pendant l'été les enfants atteints de syphilis héréditaire, les avortons, nés débiles, hésitants à se développer, les enfants dont le poids n'augmente pas, sans qu'il soit possible d'incriminer des troubles digestifs. Sous l'influence de l'air et de la lumière les échanges nutritifs deviennent plus actifs, la quantité du lait absorbée plus considérable, aussi l'enfant augmente-t-il de poids, et beaucoup durent leur salut à l'aérothérapie, qui se seraient atrophiés de plus en plus et seraient fatalement morts s'ils étaient restés renfermés dans la salle.

La cure d'air lui a donné des résultats aussi remarquables dans le traitement de certaines infections aiguës, comme celles qui se développent à la suite des fièvres éruptives, ou bien d'emblée, comme certaines staphylococcies.

De très jeunes enfants profondément infectés, avec des abcès multiples, une fièvre atteignant 40° et plus, et dans le sang desquels l'examen bactériologique avait pu déceler la présence des staphylocoques, ont guéri grâce à l'exposition à l'air, alors qu'ils seraient fatalement morts si l'on n'avait pas eu recours à l'aérothérapie. Une série d'observations très concluantes ont été rapportées. L.

—

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN.

Cette question, d'une grande importance pratique et d'un grand intérêt d'actualité, a fait l'objet d'une excellente étude du Dr Desmons, de Bordeaux.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une contusion de l'abdomen la première question à résoudre est la suivante : *y a-t-il ou n'y a-t-il pas lésion des viscères ?*

Pour la résoudre, il faut d'abord recueillir les *renseignements étiologiques*, s'enquérir avec soin de toutes les particularités du trauma, car les effets se révèlent souvent par des signes insuffisants, trompeurs ou tardifs.

Ensuite, on passe à l'étude des *symptômes*.

La *douleur* manque rarement et se présente avec les plus grandes variétés d'intensité ou d'étendue sans signification précise ; toutefois une douleur profonde, limitée à un point précis, exagérée par les mouvements respiratoires, appartiendra plutôt à la blessure d'un viscère qu'à la simple atteinte de la paroi. Son irradiation loin du point contus, dans certaines directions, aura la même signification probable. Mais les observations nous ont appris aussi deux choses : la douleur est souvent plus intense, plus expressive dans les contusions bornées à la paroi ; secondement, des lésions graves des viscères peuvent ne déterminer qu'une douleur insignifiante ou passagère.

L'ecchymose ou la tuméfaction superficielle n'ont aucune valeur, car le fait est banal de l'intégrité absolue de la paroi coexistant avec des désordres considérables dans la cavité abdominale.

La *tension marquée de la paroi* est un symptôme fréquent et d'une importance diagnostique de premier ordre ; il s'agit de cette espèce de rigidité du ventre que la main du chirurgien ne parvient pas à vaincre ; au contraire sous la palpation, la tension s'exagère ainsi que la douleur : le ventre est comme « en bois » ; ce symptôme, doué de carac-

tères bien tranchés, dénote une lésion viscérale et presque toujours des organes creux : estomac, intestins. A un degré moindre, cette raideur, cette contraction de la paroi, ne se manifeste que sous l'influence de la pression. Le ventre « se défend » comme on dit. Ainsi atténué, ce phénomène n'en a pas moins une portée réelle.

Les *symptômes généraux immédiats*, quelquefois nuls, d'autres fois peu accentués et fugaces, sont d'autres fois très prononcés, constituant cet ensemble de phénomènes connu sous le nom de *shock :* pâleur de la face, perte de connaissance, refroidissement, dissociation du pouls et de la température, etc.

La présence du shock semble démontrer seulement d'une manière nette la pénétration de l'action traumatique jusque dans la cavité abdominale, c'est-à-dire la violence de l'attaque sur le système nerveux splanchnique, mais, comme des lésions profondes, *des lésions viscérales, même très importantes, peuvent n'être suivies d'aucun shock*, si la présence du shock prouve beaucoup, son absence ne démontre rien à elle seule.

En résumé, il y a des cas extrêmes où l'erreur n'est guère possible; par exemple, un coup très léger porté sur l'abdomen, avec, à la suite, des phénomènes locaux à peine appréciables et une absence totale de symptômes généraux, doit faire admettre un simple traumatisme de la paroi. Dans l'excès opposé, où l'on voit, après un coup extraordinairement violent, un grand déploiement de phénomènes locaux et généraux, on ne peut vraiment croire qu'à une lésion viscérale.

Mais il y a des cas intermédiaires nombreux et embarrassants : l'erreur la plus fréquente, et la plus funeste est d'admettre une simple atteinte de la paroi, alors qu'il existe des désordres dans les organes splanchniques

La seconde question à résoudre est celle-ci : *Quel est le viscère lésé?*

Il y a des signes spéciaux pour chaque viscère que l'auteur esquisse : nous les indiquons pour les principaux d'entre eux.

Estomac. Coup habituellement violent dans la région épigastrique ou dans l'hypocondre gauche. Shock ordinairement marqué. Douleur vive assez bien limitée. Hématémèses plus ou moins abondantes qui peuvent cependant manquer. Vomissements répétés, ou efforts infructueux de vomissements, ou bien ni vomissements, ni efforts. Emphysème sous-cutané (rare).

Intestin. Coup violent, ou en apparence modéré, notamment quand le corps contondant est étroit, sur tous les points de la paroi abdominale, particulièrement en avant et sur les côtés. Shock accentué, médiocre ou nul. Douleur très variable, profonde, parfois hyperesthésie (Delorme). Hématémèses ou selles sanglantes (très rares). Ventre

tendu, dur, ou au contraire légèrement ballonné et souple, quelquefois sans modification appréciable. D'autres fois, le ballonnement est considérable, on trouve partout de la sonorité, et la matité hépatique disparaît derrière les gaz sortis de l'intestin et accumulés au-devant du foie.

Foie. Coup violent sur la base du thorax, l'hypocondre droit, ou la région épigastrique, ou bien sur un autre point plus ou moins éloigné du tronc; ou encore, chute d'un lieu élevé sur la tête, les pieds, le siège (choc indirect). Shock souvent prononcé, manque rarement. Souvent symptômes d'hémorrhagie interne. Douleur ordinairement vive dans la région hépatique, s'irradiant quelquefois vers l'épaule droite ou le creux épigastrique, peut manquer. Respiration difficile et courte, Ictère rare.

Rate. Coup violent dans l'hypocondre gauche ou à la base du thorax du même côté, très rarement à droite. Shock accentué. Douleur vive. Signes d'hémorrhagie interne. Dans certains cas, matité considérable (épanchement de sang) avec refoulement du diaphragme et dyspnée.

Reins. Coup violent dans la région lombaire ou dans le flanc. Shock accentué ou moyen. Douleur lombaire d'intensité variable, se propageant le long de l'uretère et de la cuisse. Parfois rétraction des testicules. Hématurie presque constante. Oligurie et même anurie quelquefois. Tuméfaction limitée (hématonéphrose) ou un peu diffuse (épanchement de sang) dans la région rénale.

Vessie. Coup violent dans la région hypogastrique ou sur le pubis. Shock manque assez souvent. Rétention d'urine. Ténesme. Urine sanguinolente retirée en petite quantité par le cathétérisme. Tuméfaction hypogastrique simulant la vessie, située au-devant de ce réservoir, symétrique ou non. Douleur d'intensité variable *in situ.*

En somme, la localisation du coup porté et de la douleur a d'abord une importance capitale; la constatation d'un shock évident a bien son prix; les symptômes locaux et généraux d'une hémorrhagie interne donnent des indications précieuses; enfin l'apparition de certains phénomènes, personnels pour ainsi dire à la lésion de tel ou tel viscère, est susceptible d'éclairer singulièrement l'observateur.

Mais, si le diagnostic du viscère lésé est possible et même facile dans bon nombre de cas, dans d'autres il doit rester en suspens.

Une troisième question : *Quelle est la lésion du viscère intéressé?* manque souvent aussi d'une solution nette, dont l'importance serait extrême cependant pour le pronostic et le traitement.

Pour savoir si un organe plein (foie, rate, rein) présente une simple éraillure superficielle ou un broiement complet, si un organe creux (estomac, intestion, vessie) présente une contusion violente, une per-

foration minime, ou une déchirure large, il faudra tenir compte de toutes les circonstances : degré d'intensité du coup, phénomènes généraux et locaux.

L'évolution des contusions du ventre est quelquefois le seul moyen d'élucider le diagnostic.

Sous ce rapport, il y a des cas légers qui restent légers jusqu'à la fin (simples atteintes de la paroi, contusions viscérales superficielles, déchirures minimes bientôt cicatrisées) d'autres, qui légers dans les premiers moments, deviennent graves au bout d'un temps variable, quelques heures, plusieurs jours et même plusieurs semaines : (déchirures vasculaires momentanément oblitérées se rouvrant, petites lésions s'infectant à un moment donné, escarre de la paroi d'un viscère creux se détachant).

Parmi les cas de moyenne gravité au début, l'évolution est très variable, tantôt atténuation, tantôt aggravation, et de même les cas graves ou bien deviennent légers et rassurants soit définitivement soit passagèrement pour reprendre ensuite leur gravité, ou bien restent graves jusqu'à la fin.

Pour éclairer le diagnostic dans les cas douteux, on a conseillé la *ponction exploratrice*, ramenant du sang épanché, des liquides ou des gaz, moyen infidèle, et l'incision ou *laparotomie exploratrice*, qui paraît plus séduisante et dont nous reparlerons à propos du traitement.

Le *traitement* des contusions du ventre est une des questions les plus épineuses et les plus controversées; il y a deux courants : les partisans du traitement médical, avec ou sans l'expectation armée et les partisans de la laparotomie à outrance.

Traitement médical. Il consiste en un ensemble de moyens, destinés à combattre les accidents généraux du shock et de l'hémorrhagie interne s'ils existent, à calmer la douleur présente, à immobiliser de toutes manières la région frappée ou les organes atteints, dans le but de favoriser la guérison naturelle, de prévenir les complications et enfin de les guérir si elles viennent à se produire. Stimulants, diverses injections de sérum, d'éther ou de caféine, repos absolu, diète, glace intus et extra, opium sous toutes ses formes, médications variées en rapport avec les états morbides constatés, telles en sont les principales bases.

Cette thérapeutique simple a procuré un grand nombre de succès; elle est acceptée *par tous les cliniciens* dans certaines conditions : *en face d'un shock très grave* ou *devant un cas très léger*.

L'accord cesse en présence des cas douteux; il est certain que le traitement purement médical a pu conduire à bonne fin même des

lésions viscérales sérieuses, telles que des déchirures étendues du foie, de la rate et surtout du rein.

Mais à côté de ces cas favorables, combien d'autres analogues, sinon identiques d'aspect, où la mort est survenue !

Expectation armée. C'est une méthode mixte en quelque sorte, par laquelle on se propose, aussitôt qu'apparaissent les signes démonstratifs d'une lésion viscérale, reconnue par tout le monde comme incurable par les moyens médicaux, d'adopter hardiment le traitement chirurgical. Assurément, l'expectation armée semble faite pour charmer.

Mais l'expérience démontre que *ces signes révèlent, non pas la lésion elle-même, mais bien des complications déjà survenues;* que, par exemple, ils indiquent une péritonite plutôt qu'une perforation intestinale. Et la chirurgie, qui eût possédé quelque puissance pour prévenir ces accidents graves, n'a plus qu'un faible pouvoir pour les combattre. Il est vrai qu'on espère gagner le mal de vitesse, en intervenant au moindre signal d'alarme. Hélas ! on a beau courir vite, on est souvent dépassé.

L'expectation armée ne peut-être érigée en système; elle n'est bonne que comme auxiliaire du traitement médical, c'est-à-dire pour les cas cités plus haut, où il était nettement applicable et où l'évolution vient modifier la situation.

Laparotomie. Nous allons envisager en même temps les indications de la laparotomie comme méthode de diagnostic et de traitement.

Un premier point sur lequel tout le monde s'entend, c'est que la laparotomie exploratrice doit être rejetée dans les deux cas extrêmes où la contusion est indéniablement et en tout point très légère et où elle est, d'autre part, tellement violente que le sujet est mourant. Dans tous les autres cas, de beaucoup les plus nombreux, que faut-il penser d'elle ?

Si elle était absolument facile, à la portée de tous, inoffensive, elle obtiendrait sans doute la faveur générale. Il n'en est pas tout à fait ainsi. Tous les hommes de l'art, pour des raisons diverses (défaut d'expérience ou d'habileté chirurgicale, manque d'outillage, etc.), ne sont pas capables de mener à bonne fin une pareille entreprise.

Voilà donc une première objection d'ordre secondaire.

Une autre objection sérieuse, c'est que la laparotomie n'est pas une intervention d'une innocuité constante dans l'espèce, ainsi qu'on l'a prétendu. Il faut anesthésier le blessé pendant un temps plus ou moins considérable; puis, quand la paroi est incisée, tout n'est pas dit. Il est nécessaire de faire des recherches, fatalement un peu longues, quelquefois très longues, car on ne saurait toujours se flatter de trouver

tout de suite ce que l'on voudrait. Si l'on ne rencontre rien du premier coup, on est obligé de regarder encore. Si l'on tombe sur une lésion. il est indiqué d'aller de nouveau à la découverte, puisque nous avons appris que les lésions multiples sont fréquentes. Incontestablement, la laparotomie exploratrice ne va pas sans quelque péril. Il est donc sage de n'y avoir recours que si ses avantages l'emportent sur ses inconvénients.

C'est sur cette utilité et sur ses degrés que les meilleurs esprits sont encore divisés.

Marcher ainsi à l'aventure pour s'assurer de la présence de lésions présumées, disent les uns, c'est vouloir faire la laparotomie exploratrice dans presque tous les cas et s'exposer à pratiquer souvent des opérations inutiles.

Puisqu'un grand nombre de cas, même avec des désordres considérables, guérissent sans intervention, pourquoi ne pas attendre et n'intervenir qu'à l'apparition de phénomènes caractéristiques ?

Les partisans de la laparotomie exploratrice répondent que dans les cas où ils feront une laparotomie blanche, ils ne feront courir qu'un infime danger aux malades, tant l'investigation sera facile et rapide, et que dans les autres cas, ils parviendront à guérir par des moyens sûrs des lésions qui sans cela auraient conduit rapidement à des complications mortelles.

C'est ici qu'interviennent les statistiques dont les résultats plaident en faveur de l'une ou de l'autre méthode, sans qu'il soit permis encore de se prononcer nettement; les partisans de l'intervention deviennent cependant plus nombreux de jour en jour.

Il ne s'agit pas naturellement d'intervenir dans tous les cas; il est nécesssaire que le doute soit sérieux, acquis par une étude attentive du traumatisme et du blessé, conduisant à cette conviction qu'il existe probablement des lésions viscérales.

Ce sont là à proprement parler les cas où la laparotomie exploratrice est indiquée.

Lorsque les lésions sont certaines, il ne s'agit plus de laparotomie exploratrice, mais d'une méthode de traitement; l'intervention paraît alors nettement indiquée, et elle a pour but de soustraire le péritoine et les viscères à la souillure des liquides nuisibles, ou de les en débarrasser s'ils sont déjà envahis. Elle nous donne la possibilité d'arrêter par des moyens sûrs des hémorrhagies redoutables.

Ce qui est bien établi, c'est que, si l'on veut réussir, la laparotomie doit être précoce. Le meilleur moment pour agir est celui qui sépare les phénomènes primitifs des phénomènes consécutifs. Cet intervalle de calme relatif entre la lésion elle-même et les complications dont

elle est l'origine, cet intervalle existe habituellement, plus ou moins marqué, plus ou moins long. C'est l'occasion favorable qu'il faut saisir par les cheveux. En général, c'est dans les vingt heures après l'accident que se trouve l'instant propice. Veut-on quelques chiffres ? D'après Gachon, la mortalité après l'intervention précoce serait de 20 p. c., tandis que la laparotomie faite seulement dès la vingtième heure donnerait une proportion de 75 p. c. Pétry, dans son travail sur les ruptures et contusions sous-cutanées du canal gastro-intestinal, donne la statistique suivante : Sur 42 laparotomies faites dans le premier jour, 14 se terminèrent par la guérison (33,3 p. c.) et 28 par la mort (66,7 p. c.) Des 14 cas opérés plus de vingt-quatre heures après le traumatisme, 6 guérirent (25 p. c.) et 18 moururent (75 p. c.)

Bien plus, on peut affirmer que les laparotomies exécutées dans les premières heures qui suivirent l'accident ont été couronnées d'un succès qu'on n'aurait probablement pas obtenu au bout de dix à vingt heures. On peut donc affirmer dès aujourd'hui, d'après l'auteur, que la laparotomie immédiate est encore préférable. Il ne voit qu'une contre-indication formelle à la laparotomie immédiate, mais elle est positive, c'est l'existence d'un shock tellement grave que le patient ne pourrait pas supporter le traumatisme chirurgical. On est bien obligé d'attendre alors le relèvement des forces ; mais, aussitôt qu'il s'est effectué, on agira. L.

TRAITEMENT DES PROCESSUS INFLAMMATOIRES PAR LES PANSEMENTS A L'ALCOOL.

Il y a un peu plus d'un an, un médecin allemand, M. Salzwedel, publiait un travail dans lequel il attirait l'attention sur les effets merveilleux que l'alcool employé comme topique local, produit dans les inflammations septiques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Sous l'influence d'un pansement à l'alcool appliqué d'une certaine façon, il a vu les lymphangites graves disparaître en vingt-quatre heures, les furoncles avorter, les panaris et les phlegmons non encore suppurés se résoudre ou bien se localiser rapidement et former de petites collections qu'on pouvait ensuite évacuer par la ponction ou à travers une toute petite incision. Le travail de M. Salzwedel passa presque inaperçu, et ce n'est que tout dernièrement que les faits avancés par lui ont été vérifiés et confirmés par différents cliniciens.

M. le Dr Loncin nous a fait parvenir le résumé, d'après *Therap. Monatshefte*, 1898, 1, des résultats obtenus par le Dr Loew à l'hôpital de Cologne. Cent vingt-quatre personnes furent soumises au traitement, les unes atteintes de lymphangite ou d'érésipèle, les autres

de processus phlegmoneux, tels que phlegmons, panaris, mastites, etc. On soumit uniquement au traitement les cas où il y avait encore tendance à la progression de l'inflammation. Les pansements furent appliqués d'après le procédé de Salzwedel : d'abord une couche de gaze imprégnée d'alcool, ensuite une couche d'ouate aseptique et sèche, le tout dépassant largement le foyer enflammé et couvert d'un tissu imperméable. En moyenne on renouvela ce pansement après 24 heures : le pansement était alors complètement sec. Quant à l'action, on remarqua que le processus perdait la tendance à la progression; la rougeur, le gonflement, la douleur diminuaient et, si le phlegmon n'avortait pas, ce qui n'était pas rare, il se formait un abcès limité.

Le pansement à l'alcool est généralement bien supporté. On n'observe guère comme phénomène désagréable qu'une momification superficielle mais souvent étendue de la peau, une sensation douloureuse ou brûlante mais généralement passagère. L'auteur considère le pansement à l'alcool comme un excellent remède dans les affections citées. Le prof. Bardenheuer est également convaincu de l'efficacité de ce pansement.

Nous trouvons d'autre part dans la *Presse médicale* des détails circonstanciés sur les effets remarquables obtenus à l'aide du même pansement par le dr Heuss de Zurich.

La fièvre, quand elle existe, diminue ou cesse complètement au bout de quelques heures. En cas de processus simplement inflammatoires (lymphangites septiques), la tendance à l'envahissement est arrêtée; la rougeur, la tuméfaction et la douleur s'atténuent rapidement, s'effacent et finissent par disparaître. Les choses se passent de la même façon quand il s'agit de plaies infectées. Dans les infiltrations inflammatoires (panaris, phlegmon), le pansement à l'alcool amène une résorption de l'exsudat, et prévient ainsi la suppuration quand il est appliqué dès le début; ou bien, il arrête la marche envahissante du processus, localise ce dernier dans un point, et favorise la formation rapide d'une collection purulente limitée (« abcès mûr »), presque encapsulée, dont le pus est, dans ces conditions, fluide, inodore, et s'écoule avec la plus grande facilité à travers une toute petite incision.

C'est ainsi que Heuss cite 40 cas de *furonculose* multiple, guéris tous sans exception, dans l'espace de quelques jours, sous son pansement à l'alcool, des *lymphangites*, de nombreux cas de *panaris*, d'*inflammations phlegmoneuses* qui ont avorté, lorsque le traitement était appliqué de bonne heure, dès le début du processus.

Disons enfin que Heuss a encore employé avec succès le pansement à l'alcool dans l'épididymite gonorrhéique, dans l'arthrite gonorrhéique

du genou, dans les ulcères de jambe et dans toutes les infections pyogènes de la peau et de ses glandes (sycosis, furonculose, abcès miliaires de la peau, etc.).

En résumé, et pour ne retenir que les faits essentiels, le pansement à l'alcool semble agir d'une façon efficace sur les affections inflammatoires et septiques de la peau (lymphangites) et du tissu cellulaire sous-cutané (panaris, phlegmon), et ceci de deux façons : appliqué dès le début, il semble posséder la propriété de faire avorter l'inflammation et éviter la formation du pus ; appliqué plus tard, quand le processus est nettement déclaré, il peut encore empêcher son extension et le localiser à une petite étendue. Dans les deux cas, son application ne peut donc qu'être utile au malade.

Comment expliquer cette action particulière de l'alcool employé comme topique? La chose n'est pas facile, et les interprétations qui qui en ont été données manquent de clarté.

Heuss pense que le pansement à l'alcool agit de deux façons. Tout d'abord, son action est celle de tout pansement humide, et comme tel, il calme la douleur, ramollit l'exsudat, et, indirectement, s'oppose à la marche de l'inflammation. En second lieu, l'alcool agirait en propre en tant que substance hygrométrique : au contact des tissus enflammés, œdématiés, gorgés de sang, il leur en soutirerait une certaine quantité « et favoriserait ainsi la circulation de sang et de lymphe ».

D'après Salzwedel, et Heuss accepte cette façon de voir, il faut encore compter avec les propriétés réductrices de l'alcool. Au contact des tissus vivants, l'alcool, comme l'a montré Binz, subit une sorte de combustion, et se transforme en acide carbonique et eau, en donnant naissance à des produits intermédiaires, tels que les aldéhydes, l'acide acétique, l'acide formique, etc. Salzwedel suppose donc que, pour se réduire, l'alcool soutire de l'oxygène aux tissus enflammés et ralentit ainsi les processus d'oxydation dans ces derniers. En un mot, l'alcool agirait dans ces cas comme un antipyrétique local. Heuss, enfin, fait encore intervenir les propriétés bactéricides et antifermentescibles de l'alcool.

Toutes ces théories ne donnent pas une explication bien nette; mais ce qui reste acquis, ce sont les propriétés antiphlogistiques du pansement à l'alcool, telles qu'elles découlent des faits que nous avons rapportés. Cela suffit au point de vue pratique auquel nous nous sommes placé du reste, pour attirer l'attention des praticiens sur les services que peut lui rendre le pansement à l'alcool judicieusement employé.

Nous finissons par donner la technique du pansement, modifiée légèrement par Heuss. Étant donné, pour prendre un exemple, une

lymphangite de l'avant-bras, consécutive à une piqûre septique, on procède de la façon suivante :

On prend de la tarlatane que l'on plie en six ou huit, et on la trempe dans l'alcool à 95-96°. L'imbibition de la compresse doit être telle qu'en comprimant celle-ci légèrement avec la main, l'alcool ne coule pas de la compresse. La ou les compresses ainsi préparées sont appliquées directement sur la peau enflammée, de façon à recouvrir toute la région malade, et empiéter de tous les côtés sur une étendue de 1 à 1 cent. 1/2, sur la peau encore saine qui entoure la traînée ou la plaque de lymphangite. Par-dessus cette compresse et en la dépassant de 1 centimètre environ, on met une couche d'ouate hydrophile, épaisse de un ou deux travers de doigt, qu'on recouvre d'une toile imperméable. dont les bords doivent dépasser la couche sous-jacente d'ouate hydrophile. Le tout est maintenu en place par plusieurs tours de bande.

Tel est le pansement-type. La façon de l'appliquer varie naturellement avec la région sur laquelle il doit être placé, et aussi avec la nature et l'état de la lésion. Tel qu'il vient d'être décrit, il peut être employé dans les lésions non ulcéreuses de la peau ou du tissu sous-cutané (panaris, lymphangites profondes et superficielles, phlegmons en voie de formation, etc.). Il va de soi que même dans ces cas, il est indiqué, avant d'appliquer le pansement, de nettoyer la région des substances grasses, des impuretés qui peuvent s'y trouver, le mieux avec des tampons d'ouate imbibés d'éther.

Dans les plaies ou ulcères superficiels. Heuss conseille d'éviter le contact direct avec l'alcool, en interposant entre la plaie et la compresse une bande de gaze antiseptique. Dans les ulcères de jambe, il saupoudre la surface dénudée d'une substance épidermoplastique, avant d'appliquer le pansement à l'alcool.

Le premier pansement est renouvelé au bout de douze heures. Les suivants peuvent être laissés plus longtemps en place. L.

—

TRAITEMENT DES TRAUMATISMES DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

Nous trouvons dans la *Revue de thérapeut. médic. chirurgic.* le résumé d'un article du d^r^ Forgue, très utile au point de vue de la chirurgie courante.

Il s'agit de la façon de se comporter en présence des mutilations de la main.

L'étude des résultats éloignés a amené l'auteur à conclure que la doctrine de la conservation à outrance ne devait pas être exagérée; ainsi, il n'est pas exact qu'il soit utile, même à la main, de conserver le plus possible des doigts atteints de lésions graves.

Il y a lieu de distinguer les interventions immédiates et les interventions tardives.

Interventions immédiates. Le chirurgien doit songer avant toute chose aux *suites fonctionnelles probables*. Ainsi que le dit fort justement Farabeuf : « la fonction prime la forme ». Or, lorsqu'il s'agit de décider s'il faut *amputer* ou *conserver*, on fera tout d'abord une distinction entre les doigts, que l'on doit ranger en deux groupes : les doigts chefs de file et les doigts intermédiaires. Les premiers, *pouce et petit doigt*, *doivent être conservés de parti pris*, leur usage étant essentiel, surtout en ce qui concerne le pouce. *Les autres doigts ne doivent être conservés que si l'on n'a pas pour l'avenir la crainte de les voir s'ankyloser ou s'unir entre eux*, véritables doigts surnuméraires inutiles ou gênants. Il faudra mieux sans cela adopter d'emblée l'amputation totale *avec la tête du métacarpien*.

Dans les *traumatismes étendus de la main*, l'appréciation des résultats éloignés devient plus difficile et le meilleur parti à prendre est de placer le membre dans un *pansement antiseptique*, en laissant à la nature le soin de réparer ; après quoi, on accomplit les *rectifications nécessaires*. Les *greffes* à la Thiersch, les *autoplasties* diverses sont ici de mise; on pourra avoir également à faire la *section de brides* cicatricielles, le « *désossement de la main* ».

Dans les *traumatismes limités aux doigts*, on doit continuer à conserver dans tous les cas où il y a simplement contusion, rupture, écrasement, coupures des téguments dorsaux ou palmaires. Les greffes peuvent être encore ici d'un grand secours. Les fractures ou arrachements partiels dans la continuité des os ou leur contiguïté permettent encore un essai de conservation, s'il y a un lambeau cutané suffisant.

Lorsqu'il faut renoncer à conserver les deux dernières phalanges, on fera la désarticulation interphalangienne, chez les malades qui font des travaux de force; la première phalange de l'index est toujours fort utile aux malades de cette catégorie. Chez ceux qui se livrent à des travaux plus minutieux, la conservation de cette portion du doigt n'a aucun avantage, sans compter que la difformité saute aux yeux. Il est préférable alors de faire l'*amputation totale du doigt*, *avec la tête métacarpienne*, ou opération de Dujardin-Beaumetz. L'auteur prétend à juste titre obtenir ainsi des résultats fonctionnels plus avantageux que ceux de la désarticulation. La saillie métacarpienne étant toujours gênante, il a songé à la supprimer, de sorte que les doigts se rapprochent sans peine. Le résultat est parfait, car le médius succède à l'index et finit par prendre son rôle; la disparition de la tête du métarcarpien dégage la nouvelle commissure et la fonction est ainsi plus aisée.

Interventions tardives. — Celles-ci doivent être faites lorsque les raideurs et les ankyloses ont résisté à tous les moyens employés pour les vaincre : massage, douches sulfureuses, eaux thermales, etc. Elles consistent alors dans l'incision et l'excision des brides cicatricielles, aidées parfois de greffes complémentaires, empruntées soit à la main, soit à la poitrine ou à la fesse.

Quant à l'*autoplastie par désossement*, elle a été surtout perfectionnée par le prof. Guermonprez, de Lille, et nous avons conservé le meilleur souvenir de la conférence qu'il est venu donner à la Société médicale de Louvain sur ce sujet, il y a trois ans. Cette opération consiste à sacrifier un ou deux doigts, dont on enlève le squelette, y compris la tête métacarpienne, par une incision en raquette, et cela, dans le but de recouvrir de vastes pertes de substance de la main, causées par les arrachements, brûlures, écrasements, etc., etc.

L'incision est dorsale pour les pertes de substance du dos de la main et inversement. Les ongles sont totalement excisés avec leur matrice. Inutile de dire que les doigts ne peuvent être ainsi sacrifiés que s'ils sont immobiles ou atteints d'inflexion cicatricielle irréductible. L.

TRAITEMENT LOCAL DE LA DOULEUR DANS LE RHUMATISME OU LA GOUTTE.

D'après le Dr Lemoine, trois substances viennent d'abord et se placent en première ligne : le salicylate de méthyle, l'acide salicylique et le gaïacol.

Le *salicylate de méthyle* ou essence de Wintergreen jouit de propriétés très actives pour calmer les douleurs articulaires, et est rapidement absorbé. Pour s'en servir, on verse une cuillerée à café dans un verre à liqueur et rapidement, avec un pinceau, on en badigeonne l'articulation ou les articulations malades. Immédiatement après, on recouvre la surface badigeonnée d'un morceau de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation, puis d'un large morceau d'ouate entouré d'une bande. Le tout est laissé en place pendant quelques heures, et renouvelé une ou deux fois par jour s'il y a lieu.

Linossier et Lannois, les vulgarisateurs de cette thérapeutique, viennent d'insister de nouveau sur son utilité.

L'absorption cutanée du salicylate de méthyle est hors de discussion ; quant à son action thérapeutique, elle est celle du salicylate de soude à l'intérieur, augmentée d'une action analgésique locale, et sans action irritante pour l'estomac.

Les symptômes d'intoxication, si fréquents après l'usage du salicy-

late de soude, sont absolument exceptionnels, même avec des doses massives.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, l'influence du salicylate de méthyle sur l'évolution de la maladie semble la même que celle du salicylate de soude, mais la douleur est plus vite calmée (Lemoine). Elle peut reparaître après douze heures, d'où l'indication de pratiquer deux badigeonnages par jour. On peut faire les applications en un point éloigné des articulations douloureuses, sans modifier sensiblement les résultats. Le seul motif de préférer le salicylate de méthyle au salicylate de soude est ici l'intolérance des voies digestives.

Dans la plupart des *formes subaiguës*, dans les *poussées aiguës des formes chroniques du rhumatisme*, l'affection étant mieux localisée, le salicylate de méthyle possède sur le salicylate de soude une supériorité marquée. C'est, dit M. Siredey, le médicament de choix. A l'action générale des salicylates, il joint une action locale qui peut devenir prépondérante. Il agit très bien contre l'*arthrite goutteuse*, avec un peu moins de constance dans les rhumatismes infectieux; il a été employé avec succès contre beaucoup de *névralgies* et névrites.

La dose moyenne de 4 gr. proposée au début, peut être modifiée dans une large mesure. Lemoine l'a élevée sans inconvénient à 24 gr., Siredey a obtenu des résultats thérapeutiques avec 2 gr. à 3 gr. C'est dans le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme infectieux qu'il faut atteindre les plus fortes doses (10 à 12 gr.).

Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont substitué au badigeonnage enveloppé des applications de pommades, C'est un tort, car le mélange de vaseline ou d'axonge au salicylate de méthyle ralentit l'absorption. D'autre part, si la pommade est appliquée sans enveloppement, l'absorption est à peu près nulle.

Linossier et Lannois recommandent la technique déjà décrite, en insistant une fois de plus sur la nécessité d'un enveloppement hermétique.

Ils protestent aussi contre la substitution au salicylate de méthyle de l'essence de Wintergreen naturelle, d'une composition inconstante, d'une odeur plus pénétrante.

Celle-ci, outre qu'elle exerce parfois, sur l'épiderme, une action irritante, a l'inconvénient d'être peu constante dans sa composition, de renfermer, à côté du salicylate de méthyle, des produits à action physiologique inconnue, et de présenter, par conséquent, moins de régularité dans l'action thérapeutique, peut-être même une innocuité moins constante. Elle répand, en outre, une odeur plus pénétrante et écœurante.

Il y a donc tout avantage à n'employer, pour le traitement épidermique du rhumatisme, que le salicylate de méthyle pur.

L'*acide salicylique* agit moins rapidement et moins sûrement que le précédent, mais il a l'avantage de ne pas avoir d'odeur. Il s'emploie seul.

Acide salicylique	4 grammes.
Vaseline	20 grammes.

ou associé au salicylate de soude, dont l'absorption se ferait également bien par la peau :

Salicylate de soude	3 grammes.
Acide salicylique	4 grammes.
Extrait de belladone	1 gramme.
Vaseline	25 grammes.

Le *gaïacol* a une action anesthésiante très marquée sur la peau, et une action antithermique sur la fièvre rhumatismale. Difficile à doser quand on l'emploie en nature directement avec un pinceau, il vaut mieux l'incorporer dans de l'alcool :

Gaïacol pur	4 grammes.
Alcool à 85°	20 grammes.

pour quatre applications,
ou dans une pommade, seul ou associé :

Gaïacol	4 grammes.
Vaseline	25 grammes.

—

Gaïacol	4 grammes.
Acide salicylique	2 grammes.
Salicylate de méthyle	5 grammes.
Vaseline	30 grammes.

Cette dernière préparation, qui est très active, a l'inconvénient d'avoir une odeur pénétrante.

On a encore conseillé le *salol*, peu soluble sauf dans l'éther, dans le rhumatisme blennorrhagique :

Salol	4 grammes.
Menthol	2 grammes 50.
Éther	4 grammes.
Lanoline	30 grammes.

Le *terpinol*, moins efficace, s'emploie dans les cas où l'acide salicylique et ses dérivés sont interdits, sous la forme suivante :

Terpinol Alcool à 85°	} ââ 10 grammes.

ou mélangé au gaïacol :

Gaïacol	4 grammes.
Terpinol Alcool à 85°	} ââ 10 grammes.

Comme médication externe, le dr Kœlbl donne ses préférences à l'*ichtyol* : on l'emploie en solution par exemple : ichtyol, 50 grammes; glycérine, 20 grammes; eau, 30 grammes. On chauffe un peu la solution, puis on en imprègne des bandes de calicot molles et on fait un bandage autour de l'articulation malade, préalablement bien lavée à l'eau chaude. Par-dessus les bandes on appliquera une feuille de taffetas gommé, et par-dessus le taffetas, on enroulera des compresses sèches, chauffées à 40°-60°, que l'on changera au début toutes les dix minutes, plus tard toutes les demi-heures. Au bout de deux à quatre heures, on enlève les bandes, que l'on remplace par des bandes ichtyolées fraîches, mais sans recourir aux compresses. Ce second pansement restera en place quatre à six heures. Au bout de ce temps, on enlève les bandes qu'on remplace par un simple bandage léger.

Cette méthode s'applique aussi avec succès aux cas chroniques : les expériences de l'auteur lui ont démontré que l'ichtyol joue un rôle spécifique dans ce procédé, qui peut remplacer avantageusement tous les autres. L.

—

RÉSORCINE DANS LES MALADIES CUTANÉES.

L'emploi de la résorcine dans le traitement des maladies de la peau a été une heureuse acquisition dont on est redevable à Unna.

En voici les principales applications d'après une analyse du Docteur Morel-Lavallée dans la *Revue de thérap. médico-chirurgic.* :

C'est surtout dans l'*eczéma séborrhéique*, c'est-à-dire dans la plupart des affections désignées sous le nom d'eczéma mais qui, d'après Unna, ne sont pas de l'eczéma, mais une maladie parasitaire d'origine microbienne, que la résorcine est indubitablement un remède souverain. A la dose de 4 à 6 p. c., dans une pommade à base de zinc, ou dans une solution à base d'alcool ou de glycérine, la résorcine fera en quelques jours disparaître une éruption bien définie. La solution est particulièrement applicable sur le cuir chevelu dont on humectera la surface matin et soir ; on arrêtera ainsi dès l'abord les démangeaisons superficielles qui sont souvent les premiers signes précurseurs de la séborrhée, et qui aboutissent souvent à la perte des cheveux.

La résorcine employée plus fortement, à plus de 25 p. c. dans une pommade de zinc, donnera quelquefois de brillants résultats localement dans le traitement de l'*acné rosacée*. L'application en est faite pour plusieurs jours et occasionne une petite inflammation après laquelle la rougeur primitive et la tendance aux pustules se trouveront avoir fortement disparu. Une seconde et une troisième application peut être nécessaire, et, si la cause de la congestion réflexe a été sup-

primée par un traitement et un régime approprié, la guérison pourra être durable.

La résorcine, enfin, rendra de grands services dans certains cas d'*ulcères*, spécialement dans les types tuberculeux, mais seulement en pommades n'excédant pas 10 p. c. L.

—

REMÈDES ANTIPRURIGINEUX.

Le plus efficace, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, est le *menthol* employé en pommade ou en solutions huileuses de 2 à 10 p. c. Le mieux est de combiner avec lui l'*acide phénique* en partie pour aider à son action, en partie pour amoindrir la sensation de froid que produit le menthol s'il est employé seul.

Chez les malades à peau xérodermique, et sans éruption, le Dr Brocq recommande les onctions avec :

Lanoline	15 grammes.
Huile d'olives	15 grammes.
Acide phénique	30 à 40 centigr.

Saupoudrer ensuite avec de l'amidon ou avec

Talc	ââ
Dermatol	

La combinaison de *camphre et de chloral* mélangés ensemble à parties égales, jusqu'à liquéfaction, et ajoutée aux pommades à la dose de 6 à 15 p. c. est très bonne aussi pour combattre le prurit. Elle produit au moment où on l'applique une forte sensation de brûlure sur les parties délicates de la peau. Il faut donc concilier les doses avec la sensibilité locale.

L'ichtyol rend aussi de grands services comme *antiprurigineux* dans plusieurs affections de la peau.

Ainsi, ajouté aux pommades à la dose de 6 à 10 p. c., il est très utile pour combattre l'eczéma, et il peut être employé même dans les cas aigus. Dans les dermatites herpétiformes, une solution aqueuse de 5, 10 et même 20 p. c. donnera souvent plus d'amélioration que tout autre remède local. Lorsque la peau est très sèche on a grand avantage à l'employer dans de l'huile aux mêmes doses; celles-ci réussissent bien aussi dans le prurit anal.

L.

—

ACTION DU VÉSICATOIRE.

Le vésicatoire a subi à peu près la même fortune que la saignée; il a cependant été moins abandonné qu'elle par les praticiens, parce que pour n'être pas expliqués, ses bons effets dans une foule de cas n'en

sont pas moins évidents. On revient à la saignée, sagement, on reviendra peut-être de même aussi au vésicatoire, dont M. Ferrand vient de faire l'apologie à l'Académie de médecine de Paris (séance du 8 février 1898).

Il rappelle que M. Robin a prouvé par ses analyses chimiques, que le vésicatoire élève le chiffre de l'oxygène absorbé, d'où résulte une oxydation plus active. Nothnagel a exprimé la même chose dans son *Traité de thérapeutique* en disant qu'il accroît l'activité des échanges organiques.

Mais voici d'autres effets insoupçonnés jusque dans ces derniers temps : il produirait une véritable leucocytose artificielle.

Il résulte d'un rapport de Roux sur un travail du Dr Maurel qu'en cas d'irritation cutanée par une injection de térébenthine, par exemple, il se produit une leucocytose immédiate, qui diminue et disparaît dans les douze heures, pour reparaître au bout de quatre jours, comme une seconde invasion phagocytaire, plus active encore et plus efficace que la première.

Ce mode d'action nous explique les services que le vésicatoire peut rendre dans certaines maladies infectieuses, non pas sans doute comme le dit M. Ferrand, dans les cas où l'organisme, fléchissant de partout sous le poids du toxique, n'est plus capable d'aucune résistance, non pas dans ce que j'appellerai la cachexie infectieuse, mais bien dans tous les cas où l'armée phagocytaire est encore capable d'entrer en ligne et de lutter contre l'ennemi, et de lutter avec d'autant plus d'avantages que le vésicatoire viendra lui fournir des troupes fraîches et de nouveaux renforts.

Après l'apologie de Ferrand M. Huchard a prononcé un réquisitoire dans lequel il a au contraire essayé de démontrer que l'*usage* du vésicatoire, dans un grand nombre de circonstances, doit être condamné au nom même de la physiologie pathologique, de la doctrine microbienne et de l'observation des faits.

E. H.

—

LE PROTARGOL.

Le nitrate d'argent, qui a rendu tant et de si bons services en oculistique, aurait fait son temps et doit céder le pas au *protargol*, un nouveau spécifique dont le professeur Deneffe, de Gand, a vanté les vertus à l'Académie de medecine (séance du 26 février 1898).

Les motifs de la préférence à accorder au nouveau composé d'argent sur l'ancien, résultent de sa grande supériorité. Il est moins irritant, moins brutal, pas douloureux; il agit sur les éléments pathogènes

d'une manière plus rapide et plus sûre; sans irriter ou altérer les tissus, il les pénètre plus avant et exerce son action germicide cinq fois plus profondément (Schaeffer).

Le protargol, découvert par le dr Eichengrun et fabriqué par la maison Bayer, d'Elberfeld, est une combinaison de protéine et d'argent, renfermant 8,5 p. c. du métal. Il se présente sous la forme d'une poudre fine, d'un brun très clair, se dissolvant assez mal dans l'eau et formant des solutions transparentes d'une teinte brune, plus ou moins foncée suivant leur degré de concentration. C'est une combinaison stable, peu sujette à se décomposer et ne se précipitant ni par les alcalins, ni par les sulfures, ni par les albumines.

Le chlorure de sodium des larmes ne l'altère pas, comme l'argentamine.

M. Deneffe a employé la solution à 10 p. c. — soit 1 gramme de protargol dans 10 grammes d'eau distillée — dans toutes les formes de conjonctivite : catarrhale, purulente des nouveau-nés, pseudomembraneuse, phlycténulaire et granuleuse — et il conclut de ses essais cliniques que « le protargol développe les mêmes effets curatifs que le nitrate d'argent, mais sans présenter les mêmes inconvénients ».

Le nouveau médicament, fait remarquer M. Van Aubel, trouvera sans doute aussi son application contre la blennorrhagie. Neisser a constaté plusieurs fois, 48 heures après l'usage d'une solution à 1/4 p. c. l'absence complète de gonocoques. Ne causant ni douleur ni irritation, le protargol est particulièrement précieux dans le traitement du trachome. Hairion, il y a 20 ans (1) s'élevait déjà « contre les abus du nitrate d'argent » dans l'ophtalmie granuleuse. Après quelques mois d'une telle cure l'œil ne supporte plus le remède irritant, il s'hyperesthésie et devient selon l'expression de notre éminent et regretté Collègue « un foyer d'appel où toutes les diathèses de l'économie se donnent rendez-vous ». Une foule de granuleux qui aimaient mieux garder leur mal que de subir encore le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre, se laisseront volontiers traiter par le protargol.

Les accoucheurs n'ayant plus à redouter les irritations très vives qui s'observent parfois après l'emploi de la méthode de Crédé, s'empresseront sans doute d'adopter le protargol pour les instillations préventives de l'ophtalmie des nouveau-nés. E. H.

(1) V. *Journal des Sciences médicales de Louvain*. T. III, 1878, p. 113, De l'abus des collyres irritants.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 26 février 1898.

Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du mémoire soumis à l'Académie par M. L. Delaye, chef du service pharmaceutique à l'hôpital civil des Anglais, à Liége, intitulé : *L'analyse clinique des urines*. — M. Depaire, Rapporteur.

L'auteur décrit les caractères de l'urine normale et pathologique, les sédiments minéraux et organiques, les dépôts organisés, tels que cellules épithéliales de diverses origines, globules de différentes nature, cylindres et cylindroïdes, parasites végétaux et animaux, etc. La plupart des éléments figurés sont représentés par des dessins très exacts, mais nulle indication inédite ou de nature à faire progresser la science. D'après les statuts cette communication ne peut pas être imprimée dans le *Bulletin* et son dépôt aux archives est voté.

Le protargol en ophtalmie; par M. Deneffe, Membre titulaire.

M. Deneffe expose les résultats des recherches qu'il a faites à la clinique de Gand, avec M, le d^r^ Claeys, sur l'action du protargol dans le traitement des conjonctivites. (Voir plus haut.)

— Une discussion s'engage ensuite entre MM. Van Aubel et Deneffe au sujet de l'action du protargol dans l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Traitement des septicémies puerpérales par le sérum antistreptococcique; quatre cas de guérison; par M. Hubert, Membre titulaire.

M. Hubert rapporte quatre cas d'infection puerpérale qui paraissaient désespérés et dans lesquels le sérum a merveilleusement opéré. (Voir plus haut.)

— M. Crocq demande qu'une discussion soit ouverte sur cette communication. — Adopté.

Influence de l'auhydride carbonique sur la contractilité isotonique du muscle; par M. Lahousse, Correspondant.

L'acide carbonique exerce, dès le début, une action paralysante sur le tissu musculaire strié, à en juger par l'élévation du seuil de l'excitation et le ralentissement des trois périodes de la courbe de raccourcissement. Cependant, malgré la diminution de l'excitabilité, le muscle, sous l'influence des excitants, se contracte davantage : la hauteur des courbes a considérablement augmenté. Cette exagération des contractions n'est que passagère : après une heure environ, les contractions commencent à diminuer, et après la seconde heure environ, le muscle est complètement fatigué.

Comment expliquer ce phénomène paradoxal que produit l'acide carbonique au début de son action?

D'après l'hypothèse de Fick-Gad, le muscle actif est le siège de deux processus chimiques qui évoluent en même temps, mais en des endroits différents, et exercent l'un sur l'autre, au point de vue mécanique, une action antagoniste. Le premier processus consiste dans

la formation d'acide lactique, d'où résulte soit le raccourcissement isotonique, soit l'augmentation de la tension isométrique. Le second processus consiste dans la destruction de l'acide lactique avec formation d'acide carbonique et d'eau, d'où résulte le relâchement du muscle. Par conséquent, les ordonnées de la courbe musculaire sont proportionnelles au degré d'interférence de ces deux processus.

L'auteur admet que l'acide carbonique diminue le degré d'interférence en ralentissant le second processus dans une proportion plus grande que le premier processus; par conséquent, le muscle donne des contractions plus fortes qu'à l'état normal Le muscle qui, ayant été soumis depuis longtemps à l'action de l'acide carbonique, ne donne plus que des contractions très affaiblies, présente, comme le muscle normal, mais à un moindre degré, le phénomène de l'escalier. Aussi l'auteur admet avec Schenk que ce dernier phénomène est dû au ralentissement du processus de restauration. Il en est probablement de même pour l'exagération des contractions cloniques consécutives au tétanos modéré.

C'est pourquoi l'auteur propose de modifier la théorie de Fick-Gad de la façon suivante : Les ordonnées de la courbe musculaire sont proportionnelles à la résultante de deux énergies antagonistes évoluant parallèlement, mais en des endroits différents du muscle : la première consiste dans l'énergie attractive des molécules (travail positif) résultant de la formation d'acide lactique; la seconde, dans l'énergie répulsive des molécules (travail négatif), résultant non seulement de la formation d'acide carbonique, mais aussi de la réparation des noyaux azotés.

Quelques points concernant la structure des cellules des ganglions cérébro-spinaux ; par MM. Van Gehuchten, Correspondant, et Ch. Nelis, étudiant en médecine, à Louvain.

Les ganglions cérébro-spinaux du lapin colorés par le bleu de méthylène se montrent constitués par un grand nombre de types cellulaires nettement distincts. A côté des éléments chromophiles ou *cellules obscures*, généralement très petites, on trouve un grand nombre d'éléments chromophobes ou *cellules claires*, beaucoup plus volumineuses. Celles-ci comprennent pour le moins six types cellulaires différents l'un de l'autre par la forme, la disposition et la richesse des éléments chromatophiles. On ignore encore la valeur physiologique de ces divergences dans la structure anatomique.

Parmi ces types cellulaires, il y en a un qui se caractérise par la présence d'une large zone périphérique de protoplasme complètement dépourvu de granulations chromatiques. Ces cellules se prêtent admirablement à l'étude de la structure interne de la partie achromatique du protoplasme cellulaire. D'après les recherches des auteurs, cette partie achromatique présente une structure nettement réticulée, complètement différente de celle décrite et figurée par Flemming et Lugaro.

Quelques types cellulaires permettent aussi d'étudier la structure du cône d'origine de l'axone. D'après MM. Van Gehuchten et Nelis, ce cône n'est pas homogène; il n'offre pas non plus une structure

fibrillaire aussi grossière que celle représentée par Flemming, Lugaro et Marinesco. Les fibrilles qui le constituent sont excessivement fines; elles sont, de plus, granuleuses comme si elles étaient formées par des séries régulières de fines granulations.

A propos du phénomène de chromatolyse; par M. Van Gehuchten, Correspondant.

En se basant sur les résultats d'un grand nombre de recherches pathologiques et expérimentales, l'auteur avait cru pouvoir formuler la conclusion suivante : Toute lésion d'un neurone moteur périphérique entraîne inévitablement le phénomène de chromatolyse dans la cellule nerveuse correspondante. Les recherches personnelles de l'auteur n'avaient porté que sur les nerfs moteurs crâniens du lapin. En voulent étudier, avec un de ses élèves, M. De Neeff, les localisations motrices médullaires, l'auteur s'est aperçu que, chez le lapin normal, la section d'un nerf moteur spinal, même faite aussi près que possible de son origine, n'était nullement suivie de phénomène de chromatolyse dans les cellules motrices médullaires.

De là découle cette conclusion importante, c'est que les neurones moteurs crâniens et les neurones moteurs spinaux du lapin opposent au traumatisme de leur axone une résistance variable. La section ou la ligature d'un nerf moteur crânien est suivie au bout de quelques jours du phénomène de chromatolyse dans les cellules d'origine des fibres lésées. Après la section ou la ligature d'un nerf moteur spinal, cette chromatolyse peut faire défaut.

Rapprochant ces résultats négatifs des résultats positifs obtenus par Flatau, Sano, Van Gehuchten et De Buck dans la moelle humaine d'amputés, l'auteur se demande si l'intoxication ou l'infection qui a nécessité l'amputation n'a pas été, dans ces cas, une cause prédisposante au phénomène de chromatolyse.

Les recherches qu'il a faites sur des lapins cachectiques n'ont pas donné de résultats positifs. Il a entrepris depuis lors des recherches sur des lapins intoxiqués. Les résultats n'en sont pas encore connus.

Mais si la section d'un nerf spinal n'est pas une cause suffisante pour déterminer à elle seule le phénomène de chromatolyse, ce traumatisme retentit cependant sur la cellule d'origine du nerf lésé. Ce qui le prouve, c'est que, chez quelques-uns des lapins auxquels il avait coupé le nerf sciatique, les cellules du groupe postéro-latéral de la corne intérieure de la moelle présentaient l'*état pycnomorphe*.

L'auteur croit que la lésion d'un nerf moteur retentit toujours sur la cellule d'origine des fibres lésées et y détermine un trouble cellulaire pouvant passer inaperçu avec nos moyens d'investigation actuels, ou bien pouvant déterminer soit l'état de chromatolyse, soit directement l'état pycnomorphe. Ce qui détermine, dans un cas donné, la production de l'un ou l'autre de ces états cellulaires, c'est, d'une part, le degré de résistance que le neurone lésé peut opposer au traumatisme de son axone et, d'autre part, l'intensité plus ou moins grande du traumatisme lui-même.

La discussion des communications de M. Van Gehuchten aura lieu en même temps que celle d'un mémoire du même auteur et des travaux de MM. Heger et Peeters, qui figurent déjà à l'ordre du jour.

Des ivresses anormales et pathologiques; par M. Lentz, Correspondant.

Quelque minutieuse qu'ait été l'étude de l'intoxication par l'alcool, bien des particularités restent encore inexplorées, surtout dans cette partie du domaine alcoolique où le poison alcool, tout en constituant le fond du mal, n'est peut-être pas le facteur exclusif des manifestations qu'il provoque : nous voulons parler des ivresses anormales ou pathologiques, qui jusqu'ici ont été d'autant moins bien décrites que leur observation est plus difficile.

Et d'abord, qu'est-ce qu'une ivresse pathologique? Comme toute ivresse est de nature pathologique, précisément parce qu'elle constitue un empoisonnement, il serait plus scientifique d'appeler les premières ivresses anormales, par opposition aux ivresses normales, c'est-à-dire telles qu'elles se produisent chez la généralité des buveurs.

Mais à côté de ces ivresses anormales, il est un autre ordre de manifestations nées évidemment sous l'influence de l'alcool, mais dont la phénoménologie et les modalités sont tellement spéciales qu'elles n'ont plus avec l'ivresse ordinaire et son évolution lentement progressive que des ressemblances vagues et éloignées, et si l'on peut encore les considérer comme les enfants d'une même famille alcoolique, on ne saurait plus songer à une descendance directe. Ce sont les ivresses pathologiques. On peut diviser celles-ci en deux classes :

1° Les ivresses anormales;

2° Les ivresses pathologiques.

Ces dernières seraient beaucoup mieux désignées sous le nom de pseudo-ivresse; les premières sont un produit direct de l'alcool, et le terrain sur lequel elles naissent se borne simplement à modifier leur modalité; les secondes, au contraire, sont un produit direct du terrain; l'alcool ici se borne pour ainsi dire à déclancher des manifestations latentes et préexistantes : il constitue l'étincelle qui allume l'incendie, mais ce même incendie pourrait être allumé aussi bien par toute autre cause, une émotion morale par exemple.

L'ivresse anormale ne diffère guère de l'ivresse normale que par la durée de l'intensité des périodes qui la constituent et la nature de quelques-uns de ses symptômes; ainsi, par exemple, l'apparition de phénomènes cleptomaniaques, érotiques, suicides, homicides même, basés tantôt sur des sentiments ou des passions, tantôt au contraire tout à fait inexpliqués et inexplicables.

Les pseudo-ivresses sont beaucoup plus intéressantes à étudier, mais leurs relations avec l'alcool sont aussi plus difficiles à établir.

On peut en décrire quatre formes : la pseudo-ivresse maniaque, convulsive, somnambulique et délirante.

La pseudo-ivresse maniaque est la plus fréquente; elle est caractérisée par une exaltation violente de toutes les facultés avec agitation motrice pouvant aller jusqu'à la fureur et la rage aveugle; ce n'est ni un trouble hallucinatoire, ni une émotion angoissante, ni une conception délirante qui pousse l'ivrogne aux actes de violence qui caractérisent son ivresse furieuse; parfois cependant, l'agitation peut être plus ou moins coordonnée et intentionnelle; la violence a alors pour

guides des passions et des instincts, elle a pour objectif des actes raisonnés. M. Lentz cite plusieurs exemples de ces deux variétés de pseudo-ivresse maniaque. Un des points les plus caractéristiques de ces formes morbides, c'est l'intervention d'un facteur moral, émotion; colère, frayeur, lequel transforme l'ivresse ordinaire en pseudo-ivresse, l'appréciation de ce facteur est d'autant moins aisée qu'il est parfois si insignifiant qu'il échappe à l'observation même prévenue. Ce fait prouve qu'en dehors des deux facteurs de la pseudo-ivresse maniaque, il en existe un troisième, peut-être plus important : c'est le fond morbide sur lequel germe l'intoxication et qui presque toujours est profondément taré.

La pseudo-ivresse convulsive ou épileptique n'offre rien de particulier à signaler : elle peut offrir toutes les manifestations de l'épilepsie ordinaire et de ses multiples transformations.

La pseudo-ivresse somnambulique est plus discutée et du reste, en tant qu'elle implique l'amnésie et l'inconscience, elle apparaît dans nombre d'ivresses anormales et pathologiques; il existe cependant une forme à laquelle on peut attribuer une existence réelle et qui offre des caractères particuliers; quelques exemples en ont été rapportés par M. le professeur X. Francotte, auxquels M. Lentz en ajoute d'autres.

Enfin, ces pseudo-ivresses délirantes doivent être considérées comme des psychoses transitoires, souvent d'une durée passagère et en rapport intime avec l'ivresse qui les a fait naître et avec laquelle elles disparaissent. Les formes sont nombreuses et variables; il en existe quelques-unes assez caractéristiques que l'on peut ranger sous la dénomination de pseudo-ivresse mégalomaniaque et de pseudo-ivresse paranoïque, pendant lesquelles on voit les ivrognes être pris, durant leur ivresse d'ordinaire très prolongée, d'idées délirantes en rapport avec la nature de la forme de leur pseudo-ivresse.

La discussion de la communication de M. Demarbaix sur la consanguinité est close.

1. Suite de la discussion de la question de l'assistance publique en général et des observations de M. Masoin concernant les tarifs officiels des expertises médico-légales et la situation faite à divers membres de la Corporation médicale.

Les conclusions soumises par M. Masoin, les amendements présentés par MM. Kuborn, Depaire et Schrevens et les vœux exprimés par M. Deneffe, sont adoptés.

Les conclusions sont ainsi conçues :

1° Les tarifs officiels surannés et dérisoires qui règlent encore chez nous les idemnités médico-légales doivent être refondus et relevés, aussi bien pour les expertises de justice civile que de justice criminelle;

2° Il y aurait lieu de supprimer la répartition des médecins légistes en trois classes, répartition qui se fait suivant l'importance des localités;

3° Il y aurait lieu d'instituer une Commission spéciale identique à la *Commission des superarbitres*, qui fonctionne en Allemagne;

4° Il y aurait lieu de faire dresser régulièrement par une Société savante ou par une haute Cour de justice, une liste comprenant les noms des divers médecins légistes auxquels les affaires pourraient être confiés ;

5° La pratique de l'*expertise contradictoire* devrait être mise en vigueur dès le début des recherches ;

6° Il importe de créer un diplôme spécial de médecin légiste sans lequel diplôme on ne pourrait être attaché comme médecin légiste à une cour quelconque de justice.

Dans un autre ordre d'idées, l'Académie estime :

7° Qu'il y a lieu pour le Gouvernement d'aider les communes dans la création d'hôpitaux inter-communaux ;

8° De veiller à la réorganisation du service médical des pauvres dans les campagnes, y compris le service obstétrical.

Ces conclusions seront transmises d'urgence à M. le Ministre de la justice.

COMITÉ SECRET.

Dépôt du rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours pour le prix Alvarenga. — M. Hubert, Rapporteur.

Ce rapport sera imprimé et distribué aux Membres pour être discuté dans le comité secret de la prochaine séance.

Question proposée par la première Section, pour être mise au concours : « Déterminer l'influence des conditions hygroscopiques, thermiques et barométriques sur la nutrition organique. »

Le Bureau propose d'allouer un prix de 1,200 francs pour la solution de cette question et de clôturer le concours le 20 juillet 1899. Adopté.

Dépôt du rapport de la troisième Section sur les candidats présentés pour le titre de Membre titulaire vacant dans cette Section, par suite du décès de M. Deroubaix. — M. Hubert, Rapporteur.

La discussion aura lieu dans la prochaine séance.

Dépôt des rapports des Sections sur les candidats aux titres de Membre honoraire étranger, de Correspondant belge et de Correspondant étranger.

La discussion aura lieu dans la prochaine séance.

A PROPOS D'UN CAS D'OVARIOTOMIE PENDANT LA GROSSESSE.

L'opinion fut longtemps accréditée, qu'une opération un peu sérieuse pratiquée sur une femme enceinte compromettait gravement les deux existences en présence, tellement l'avortement se produisait avec une fréquence excessive et la mortalité excédait la mortalité moyenne des autres opérées.

La répercussion fatale du traumatisme sur l'utérus gravide, la diminution de la résistance vitale créée par la grossesse, étaient les raisons invoquées pour expliquer cette situation.

Il était réservé à l'antisepsie de démontrer combien ces doctrines, ainsi exprimées d'une façon générale, étaient mal fondées.

Ce n'est pas le trauma lui-même en effet qui est redoutable chez la femme enceinte, c'est l'infection à laquelle il ouvre la porte ; aussi bien, l'avortement post-opératoire, au même titre que les complications infectieuses, est devenu plus rare à mesure que se perfectionnait la technique de l'antisepsie, et, tout comme l'infection purulente, il reste ignoré de la chirurgie aseptique moderne.

Il n'est pas exact non plus que l'état de gravidité constitue un terrain éminemment défavorable aux traumatismes; la femme enceinte n'est pas plus prédisposée qu'une autre aux infections ni aux autres complications, à la suite de plaies accidentelles ou opératoires ; ce qui est vrai, c'est que les infections sont chez elle plus graves et plus souvent mortelles, en majeure partie à cause de l'avortement, qui vient aggraver pour son propre compte une situation déjà compromise.

Comme le rappelait dernièrement le prof. Tillaux, tandis qu'on a vu des femmes enceintes avorter à la suite d'une chute sans gravité, du plus léger coup, et même d'un éternuement violent, il y en a d'autres qui résistent bien à des traumatismes énormes.

Tillaux a vu, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme enceinte de six mois qui, prise dans la courroie de transmission d'une machine à vapeur, fit cinq à six tours du grand volant avant qu'on ait pu arrêter

le mouvement, et eut le bras droit arraché. Il régularisa l'amputation ainsi faite, réduisit, de plus, d'un coup de pouce, une luxation sous-épineuse de l'humérus du même côté. Cette femme guérit de son traumatisme et accoucha à terme sans accident.

Une autre fois, à Beaujon, il a soigné une femme enceinte de cinq mois qui était tombée du sixième étage sans se faire d'autres lésions que des contusions multiples, et qui continua sa grossesse normalement et accoucha à terme.

Il semble donc que le traumatisme n'exerce sur la grossesse aucun effet direct.

Inversément, la grossesse n'exerce pas une influence sur le traumatisme, et les opérations ne réussissent pas moins bien chez les femmes enceintes que chez les autres.

Actuellement, les chirurgiens, loin de considérer comme autrefois l'état de grossesse comme une contre-indication à peu près absolue aux opérations, ne tiennent pour ainsi dire plus compte de cette particularité chaque fois qu'il y a lieu à intervention.

Ce ne sont pas seulement des opérations de chirurgie générale qu'ils pratiquent ainsi sans restriction, mais aussi presque toutes les opérations de chirurgie abdominale.

Parmi celles-ci, celle qui a été pratiquée le plus fréquemment, en raison de ses indications spéciales, est incontestablement l'ovariotomie; c'est un cas de ce genre que j'ai cru bon de relater.

Marie D..., de Wespelaer, âgée de 32 ans, mariée, m'est adressée le 3 septembre 1896 par M. le Dr Van Gorp, pour une tumeur du ventre à développement rapide.

Elle a toujours joui d'une excellente santé, a été très régulièrement menstruée avant son mariage ; a eu trois enfants, le premier il y a 4 ans; elle lui a donné le sein pendant 9 mois, les règles sont revenues immédiatement après la suppression de l'allaitement; le second enfant, né il y a 3 ans, n'a été allaité que pendant 3 mois ; immédiatement après, les règles sont revenues ; le troisième enfant est né il y a quinze mois, et a été nourri au sein pendant un an ; à ce moment l'allaitement a dû être suspendu, parce que la sécrétion lactée s'est brusquement supprimée.

Les règles n'ont plus reparu depuis la dernière conception.

Le ventre étant toujours resté volumineux dans l'intervalle des conceptions, la malade ne peut donner aucun renseignement sur l'époque probable du début de la tumeur dont elle est porteuse.

Seulement, elle a éprouvé, pour la première fois il y a cinq ou six mois, de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs s'irradiant dans le membre inférieur du même côté; ces douleurs n'ont duré qu'un jour, mais les crises se sont renouvelées deux fois encore depuis lors.

Il y a 3 mois, lorsque la sécrétion lactée s'est tarie, la malade s'est crue enceinte, à cause de la réapparition des phénomènes éprouvés lors des grossesses antérieures (état nauséeux, sensation d'abaissement de l'utérus).

A l'inspection, l'abdomen se montre uniformément distendu, globuleux; la matité va de l'épigastre et du rebord costal jusqu'au bassin; les flancs sont nettement sonores.

Le palper laisse sentir facilement une tumeur lobée, rénitente, partout fluctuante.

Le toucher fait découvrir le col entraîné en haut, appliqué contre le pubis, il est légèrement ramolli; il n'est pas possible de reconnaître le corps utérin qui est perdu dans la masse de la tumeur, celle-ci étant accessible dans les culs-de-sac.

La santé générale est restée intacte.

Bref, les signes classiques du kyste ovarique se trouvaient réunis et je me serais immédiatement contenté de ce diagnostic, n'eût été l'absence des règles : j'ai observé deux cents kystes de l'ovaire au moins, et je n'ai pas souvenance d'un seul cas accompagné de troubles de la menstruation.

Mais, ici, la suppression des règles ne pouvait-elle pas être mise sur le compte de la lactation ? La supposition était peu admissible, puisque, à deux reprises différentes, les règles avaient reparu sitôt l'allaitement suspendu, puis encore, l'arrêt brusque de la sécrétion lactée, les sensations éprouvées par la femme à ce moment étaient des signes qui avaient bien leur importance et éveillaient malgré tout le soupçon d'une grossesse.

A coup sûr, il ne s'agissait pas d'une grossesse normale, vu le volume et les caractères de la tumeur, mais pourquoi pas d'une

grossesse anormale, d'une grossesse gémellaire avec hydramnios par exemple?

Il est vrai que les règles n'avaient plus reparu depuis l'accouchement, mais l'ovulation ne pouvait-elle avoir repris silencieusement son cours? Pour ma part, je connais plus d'une femme redevenue enceinte sans avoir vu réapparaître les règles après l'accouchement précédent.

A vrai dire, en fixant à trois mois le moment présumé de la conception, il était difficile d'admettre qu'un utérus, même anormalement gravide, eût acquis un pareil volume en un temps si court, mais en somme, qui pouvait affirmer que la grossesse ne remontait pas à une époque plus ancienne?

J'étais hésitant; le Dr S..., présent à l'examen, me conseillait de lever la difficulté en faisant le cathétérisme de l'utérus; c'eût été une maladresse, car c'eût été interrompre de gaîté de cœur la grossesse, si grossesse il y avait, et, à tout prendre, ne valait-il pas mieux pour fixer le diagnostic, faire une laparotomie exploratrice qui ne pouvait rien compromettre?

C'est à quoi je me décidai, après avoir toutefois présenté comme l'hypothèse la plus vraisemblable, celle d'un kyste de l'ovaire remontant à une époque difficile à déterminer, auquel était venue s'ajouter depuis trois mois une grossesse.

L'opération me montra que c'était bien de cela qu'il s'agissait; il y avait un kyste multiloculaire de l'ovaire volumineux, que je pus extraire sans trop de difficultés; outre cela, un utérus développé comme à trois mois, avec les caractères de l'utérus gravide.

Ni douleurs, ni fièvre après l'opération; guérison rapide : au bout de 12 jours, la femme quittait l'hôpital.

J'ai reçu sept mois plus tard de M. le Dr Van Gorp un avis que la grossesse avait suivi son cours régulier et que l'accouchement d'un enfant vivant avait eu lieu dans les meilleures conditions.

Le cas en réalité ne présente rien de remarquable : à la vérité, les statistiques déjà anciennes rapportées par Remy donnaient, sur 67 ovariotomies faites pendant la grossesse, 13 fois interruption de la gestation et mort de la femme, 22 fois avortement et guérison et 32

fois accouchement à terme et guérison, en d'autres termes, 19.4 p. c. de morts pour la mère et 50 p. c. de morts pour l'enfant. Mais ces résultats sont bien améliorés aujourd'hui. Sur 36 cas opérés par L. Tait, Spencer, Wells et Schröder, il y a une seule mort. Dans l'immense majorité des cas, la vie du fœtus est aussi sauvegardée, la grossesse continue.

L'opération avant le cinquième mois de la grossesse serait moins sérieuse que plus tard ; d'après Schröder, cela tient à ce que le pédicule finit par être raccourci par le dédoublement des ligaments.

L'ovariotomie chez les femmes enceintes est donc en somme devenue aujourd'hui une opération bénigne.

On a fait plus : on a enlevé avec succès, et sans interrompre la grossesse, des fibromes utérins sous-péritonéaux, bien pédiculés; il va de soi, que, quand il s'agit de fibromes largement insérés sur l'utérus, il faut s'abstenir et n'intervenir, s'il y a lieu, qu'au moment du travail, car sinon, même en dehors de toute infection, l'opération serait presque toujours fatale pour le fœtus, à cause des modifications de la circulation provoquées dans l'utérus par l'ablation de la tumeur.

Comme conclusion, quelle conduite doit tenir le chirurgien en face d'une femme enceinte et en même temps atteinte d'une affection chirurgicale pour laquelle une intervention sanglante est nécessaire?

Nous mettons hors de cause les opérations urgentes, hernie étranglée, trachéotomie, pour lesquelles aucune hésitation n'est permise; pour le reste, si une opération est utile, il serait injustifié de la différer sous prétexte que la grossesse serait un obstacle à la réussite, ou que l'avortement pourrait survenir ; retarder, par exemple, jusqu'après l'accouchement une ablation de cancer serait une faute grave.

Que faire en cas de tumeurs abdominales?

Si l'affection dont est atteinte la malade n'est point de nature à entraver l'évolution de la grossesse, le chirurgien devra attendre; si, au contraire, elle trouble la santé générale, si elle cause un obstacle mécanique au développement normal de l'utérus, il devra opérer ; c'est ce qui a lieu ordinairement pour le kyste de l'ovaire, comme dans l'observation que j'ai rapportée.

Dr DANDOIS.

ÉTUDE SUR LA « NÉVROSE TRAUMATIQUE ».

Jusque dans ces derniers temps, on appliquait la dénomination de *névrose traumatique* à un ensemble de phénomènes relevant du système nerveux, survenus à la suite de violences ayant occasionné un ébranlement de quelque partie du système cérébro-spinal, sans qu'il fût possible d'attribuer ces symptômes à une lésion organique incontestable.

La vogue que cette nouvelle conception pathologique acquit dans le monde médical fut rapide, grâce à la notoriété des auteurs qui s'en occupèrent, Strümpell, Oppenheim etc., d'une part, à la facilité qu'elle donnait, d'autre part, au praticien de classer, sous une rubrique spéciale et concise, un complexus symptomatique parfois embarrassant. Dès l'abord cependant des hommes autorisés s'élevèrent contre l'introduction de cette nouvelle maladie, les uns n'y voyant que de la simulation, les autres des manifestations hystériques et neurasthéniques. Strümpell lui-même, un des parrains de la *névrose traumatique*, s'est rallié, dans une brochure récente, à la dernière manière de voir et a jeté résolument par dessus bord la conception des névroses traumatiques en tant que *maladie spéciale*. L'opinion du clinicien d'Erlangen ne pouvait manquer de soulever des controverses intéressantes en Allemagne où, grâce à la législation sur les accidents, l'étude de la névrose traumatique est restée à l'ordre du jour.

Divers travaux y ont été publiés dans ces derniers temps que nous mettrons à profit pour établir l'état actuel de la question, car, qu'on admette ou non l'entité autonome de ces phénomènes nerveux, leur existence ne peut être mise en question. Il n'est peut-être, à l'heure qu'il est, aucune maladie dans la pathologie nerveuse qui présente ni plus d'intérêt au point de vue médical, ni plus d'importance par ses rapports étroits avec les questions de la responsabilité et des assurances.

Occupons-nous d'abord de la *pathogénie*.

On a cru trouver dans la *commotion* des éléments nerveux la cause des phénomènes variés consécutifs à certaines violences. Cet ébranlement aurait pour résultat des altérations matérielles, mais encore inconnues, de la substance nerveuse, capables d'expliquer les symp-

tômes existants. Il ne viendra à l'esprit de personne de contester que beaucoup de phénomènes de *début* survenant après un ébranlement violent du corps s'expliquent complètement par la commotion du tissu nerveux tant cérébral que spinal, ainsi, la suspension plus ou moins complète de l'activité cérébrale (intelligence, activité musculaire, sensibilité) le collapsus circulatoire et respiratoire, la rétention d'urine, le vomissement, tous ces symptômes réalisent le type classique de la commotion cérébrale et spinale. Mais peut-on attribuer à la même cause, c'est-à-dire à la commotion pure, par conséquent sans lésions grossières des centres nerveux ni de leurs enveloppes, les symptômes nerveux *chroniques* (vertiges, mal de tête, bourdonnements, troubles psychiques, impuissance musculaire, etc.) qui constituent en somme les symptômes de la névrose traumatique?

Il est impossible de donner une réponse satisfaisante à cette question, étant donné qu'on ne peut jamais exclure avec une certitude absolue, même après des traumatismes relativement bénins, l'existence d'hémorrhagies limitées dans la substance ou les enveloppes du cerveau, hémorrhagies dont l'évolution ultérieure serait la cause des troubles accusés par le malade. Strümpell, dont l'autorité de clinicien peut être opportunément invoquée dans une question dont la solution dépend uniquement de l'impression personnelle, admet dans certains cas de commotion violente et incontestée de la tête, la possibilité de désordres *chroniques* de la substance nerveuse, de nature matérielle et imputables à la commotion. Mais il fait suivre son opinion par cette réserve du plus haut intérêt pratique : « Je suis loin de prétendre que ces conditions se réalisent souvent et les nombreux malades que j'ai examinés après ces accidents, tantôt graves, tantôt bénins, m'ont laissé le plus souvent l'impression de psychonévroses pures ou de simulation et d'exagération manifeste. » La commotion des éléments nerveux ne paraît donc plus mériter l'importance qu'on lui accordait jadis dans la genèse de la soi-disant névrose traumatique.

Il est un autre élément, qui d'après l'opinion régnante semble jouer un rôle pathogénique de premier ordre. Ce sont les *influences psychiques* auxquelles l'intéressé est livré à la suite et par le fait de son accident. Parmi les influences psychiques, citons comme particulièrement fréquentes et actives : les émotions violentes éprouvées par la victime lors de l'accident, les préoccupations hypocondriaques rela-

tives aux conséquences corporelles et mentales parfois de l'accident, préoccupations malheureusement entretenues par l'entourage du malade, les soucis et les difficultés qu'entraîne l'indemnisation du dommage subi, parfois les espérances exagérées touchant les rentes, etc. Bref, nous rencontrons ici les conditions étiologiques qui président aux névroses neurasthénique et hystérique. Est-il étonnant dès lors, qu'en présence de cette identité pathogénique, corroborée encore par l'identité symptomatologique, l'existence autonome de la soi-disant névrose traumatique ne puisse plus être soutenue ?

Nous pourrions trouver, nous médecins belges, que la part ainsi faite aux influences psychiques, disons le mot, à l'imagination est exagérée.

En effet, l'ensemble symptomatique appelé jusqu'ici névrose traumatique est une affection relativement rare, que nous n'avons guère rencontrée qu'à la suite de certains accidents où la commotion cérébrale et spinale semblait à priori avoir joué un rôle considérable, par exemple, les accidents de chemin de fer, etc. Mais il n'en est pas de même pour les médecins allemands. L'Allemagne en effet jouit depuis 1884 de l'*assurance obligatoire contre les accidents*, dont l'objet est de compenser tout dommage provenant d'un accident survenant en cours du travail, à condition toutefois que l'accident n'ait pas été, d'une façon évidente, provoqué *intentionnellement* par l'assuré lui-même. L'indemnisation se fait, en sus des soins médicaux, par l'allocation de rentes, dont le montant peut aller jusqu'aux 2/3 du salaire annuel de la victime, suivant le degré de l'incapacité de travail. En 1894 plus de 18 millions d'individus étaient assurés et 267,733 accidents ont été indemnisés (1).

Cette loi a eu des conséquences remarquables au point de vue médical, qui seul nous occupe en ce moment. Le *nombre* des cas légers de neurasthénie traumatique, d'hystérie et de mélancolie survenant après des accidents insignifiants s'est accru tellement dans ces derniers temps qu'il n'a pas été possible d'attribuer cette exubérance à une autre cause que la mise en vigueur de la loi (2).

(1) Guide pour l'assurance ouvrière de l'Empire Allemand, composé par l'Office impérial des assurances. Berlin 1896.

(2) Strümpell : (Examen, interprétation et traitement des maladies survenant à la suite d'accidents.)

A. Saenger (Die Beurtheilung der Nervenerkrankungen nach Unfall.)

L'étude de ces états en a reçu une sérieuse impulsion et la médecine allemande compte une nouvelle branche « die Unfallheilkunde » ayant ses congrès, ses archives et une littérature déjà riche. Malheureusement, cette familiarisation plus grande avec les états nerveux consécutifs aux traumatismes semble s'être étendue aussi à des profanes, si nous pouvons en juger d'après l'exemple suggestif cité par Saenger : un confiseur, jouissant d'une rente de 60 p. c. pour faiblesse intellectuelle et maux de tête après une chûte, trouvait cependant moyen d'utiliser très fructueusement ce qui lui restait de puissance cérébrale en rédigeant pour les blessés des requêtes d'une logique remarquable. Il annonçait par la voie des journaux : *Accidents* : X. (invalide lui-même) se charge de dresser des plaintes, des pétitions...

Comment dès lors concevoir qu'un blessé, généralement peu cultivé, puisse se soustraire au réseau de suggestions. d'excitations qui l'enserrent de toutes parts? Aussi, survient-il un accident dont l'interprétation n'est pas tranchée par le fait même, la première question qui se pose est celle de l'indemnité, de la rente. Le médecin appelé d'abord émet-il quelques réserves sur les conséquences possibles, déjà le malade ou son entourage jugent l'incapacité complète et définitive en escomptant la rente maximale. Arrive l'enquête officielle rabattant les prétentions exagérées. Le désenchantement, la défiance surviennent. Le malade mal conseillé s'obstine et demande la contre-expertise. Entretemps, mettant à profit les examens médicaux qu'il a subis, il s'observe, il s'étudie, mesure sa force, trouve des points douloureux ici, des insensibilités là, son humeur s'assombrit, l'insomnie et l'irritabilité augmentent. Les avances pécunaires se font attendre à cause du litige et souvent la misère s'installe au foyer ; l'alimentation devient insuffisante et finalement la « névrose traumatique » se trouve constituée, jusqu'à ce que la terminaison favorable du procès amène la sédation des symptômes et souvent le retour de la santé. Dans le cas contraire le malade épuisé physiquement et moralement par les transes prolongées, ne veut plus guérir, selon l'expression de Strümpell, et devient une sorte de maniaque traînant d'une clinique à l'autre la lamentable histoire de ses plaintes

Tandis que certains auteurs, parmi lesquels Strümpell, attribuent aux influences psychiques, c'est-à-dire à des préoccupations relatives à la santé ou à l'indemnisation pécunaire, la genèse des symptômes de

la soi-disant névrose traumatique, et repoussent même l'intervention d'une certaine prédisposition venant de tares héréditaires ou acquises, (nervosisme, alcoolisme, syphilis,etc.), nous devons à la vérité de dire que ces opinions ne rencontrent pas l'unanimité des neurologues allemands. Ainsi, le professeur Oppenheim, dont les travaux sur la névrose traumatique ont eu un grand retentissement, combat dans une brochure récente (1) l'opinion du professeur d'Erlangen,en réservant au traumatisme corporel et au shock psychique la prééminence étiologique.

Quant à l'influence des tares héréditaires ou acquises, il serait téméraire de la rejeter dès à présent, en se basant sur les cas où l'enquête, d'ailleurs difficile, semble avoir démontré l'absence de ce facteur, alors que nous le voyons intervenir fréquemment dans des états pathologiques ayant une affinité considérable avec les phénomènes survenant après les accidents, mais il serait également mal fondé d'exagérer leur importance en s'appuyant sur une analogie ou une coïncidence, peut être fortuite. Il ne sera possible de porter un jugement définitif sur ce point que lorsqu'une enquête sérieuse aura fixé le bilan pathologique de chaque assuré lors de son admission dans la société et que cet examen sera renouvelé de temps en temps. Sans cette précaution on se heurtera toujours à un obstacle sérieux, l'ignorance de l'état de la victime avant l'accident. Cette enquête semble d'autant plus nécessaire que les *premières recherches* sur l'état nerveux d'ouvriers n'ayant jamais subi un accident ont démontré chez un certain nombre d'entre eux la présence des symptômes nerveux qui caractérisent la névrose traumatique, mais dont l'origine, comme nous le verrons dans un prochain article, peut être vraisemblablement attribuée à des tares héréditaires ou acquises.

(A suivre.) D[r] E. LONCIN.

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC.

A l'heure actuelle ainsi que l'a exposé le d[r] Lyon à la Société de thérapeutique, l'hypothèse la plus vraisemblable pour expliquer le développement de l'ulcère consiste à admettre l'association de deux

(1) Der Fall N. Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den traumatischen neurosen, 1896.

facteurs : a) une lésion de la muqueuse, de cause variable; b) l'action sur cette muqueuse d'un suc gastrique hyperacide, entravant la cicatrisation. L'importance pratique de ce dernier renseignement ne saurait être méconnue.

Le traitement est ou purement médical ou chirurgical.

Traitement médical. L'ulcère non compliqué, c'est-à-dire sans hémorragies rapidement mortelles, ou se prolongeant pendant des semaines entières, sans douleurs et vomissements incoercibles, sans abcès, sans perforation intercurrente, cet ulcère est justiciable d'un traitement purement médical.

Voici quelles sont les principales indications thérapeutiques ;

Assurer la cicatrisation de l'ulcère.

Pour cela, il y a en premier lieu le *repos corporel* et les *applications topiques* sur l'ulcère.

Le *régime lacté* est de règle. Au début, le lait doit être donné écrêmé, en très petites quantités, à raison d'un demi-verre toutes les trois heures, puis d'un verre, finalement d'un verre toutes les deux heures, et l'amélioration s'accentue progressivement.

L'*alimentation rectale exclusive* ne peut être employée que pendant un temps très limité; sa principale indication est l'existence d'hématémèses qui se prolongent, parfois aussi de vomissements incoercibles et de douleurs très violentes (spasme du pylore). Le traitement systématique et prolongé par l'alimentation rectale, proposé par quelques-uns, est à rejeter comme insuffisamment justifié et exposant les malades à un affaiblissement considérable.

Le lavement alimentaire le mieux supporté se compose de lait (un verre) et de deux jaunes d'œufs battus, on peut y associer une pincée de sel et quelques gouttes de laudanum. On peut donner de quatre à six de ces lavements par jour, et, en plus, des lavements désaltérants d'eau simple, tiédie (200 à 300 gr.).

Le *séjour au lit* est de rigueur et doit être imposé pendant quinze jours à trois semaines, au minimum.

De tous les traitements médicamenteux, un seul mérite d'être employé, c'est le pansement au bismuth, consistant à introduire par la sonde dans l'estomac, ou à faire avaler directement au malade une forte dose de *sous-nitrate de bismuth* (10 à 15 gr.) en suspension dans 200 gr. d'eau ou de lait. La poudre de bismuth se répartit à la surface de l'estomac, grâce aux différentes attitudes prises par le malade.

Le sous-nitrate de bismuth agit comme isolant; il supprime les douleurs, les vomissements, et favorise la cicatrisation de l'ulcère. Contrairement à l'assertion de Fleiner, il n'a pas d'action sur l'hyperchlorhydrie (Olivetti).

En dépit des doses élevées que l'on emploie, il n'y a pas à redouter d'accidents d'intoxication.

2° Il faut *combattre la cause provocatrice, l'hyperchlorhydrie*; c'est la seconde indication.

On traite l'hyperpepsie par les enveloppements humides (compresses chaudes sur la région épigastrique) et par l'emploi du sel de Carlsbad (Leube) ou de solutions salines, dont la composition est analogue à celle de Carlsbad.

Plus simplement, on peut prescrire de prendre chaque matin un verre d'eau à 40° additionnée d'une, puis de deux cuillerées à café de :

Bicarbonate de soude Sulfate de soude	} 40 gr
Chlorure de sodium	20 gr.

Ce traitement a pour effet d'abaisser le taux du chlore total et de l'acide chlorhydrique; il diminue la sécrétion et accélère l'évolution de la digestion.

3° Il faut enfin *traiter les symptômes*.

Les *hémorragies* cèdent habituellement au traitement général; elles nécessitent la réduction au minimum ou même la suppression absolue, mais momentanée, du régime lacté; on complète le traitement par l'emploi de la *glace*, de la *morphine en injections* sous-cutanées. Quand elles sont très abondantes, il faut avoir recours à la ligature des membres, aux *injections stimulantes* d'éther, de caféine, d'huile camphrée et surtout de sérum artificiel (200 à 500 gr.).

Les injections intra-veineuses de sérum artificiel et surtout la transfusion du sang constituent des procédés d'exception.

Les *douleurs* ne réclament pas, en général, l'emploi des narcotiques, sauf dans les cas où elles revêtent une intensité exceptionnelle.

Les *alcalins* à hautes doses (10 à 30 gr.). constituent un bon moyen de les calmer, mais il faut se garder de considérer le bicarbonate de soude comme un remède spécifique; ce n'est qu'un palliatif qui peut être suppléé par le sous-nitrate de bismuth. Il présente d'ailleurs, quand on l'emploie à des doses massives, des inconvénients (distension excessive de l'estomac par l'acide carbonique) et pourrait même exagérer l'hyperchlorhydrie par son emploi prolongé. C'est de l'huile jetée sur le feu.

On peut associer au bicarbonate de soude d'autres alcalins (craie, magnésie) qui permettent d'employer celui-ci à doses moindre (une partie de magnésie calcinée sature autant d'acide chlorhydrique que quatre parties de bicarbonate de soude).

L'*anémie*, quand elle est prononcée, peut être combattue à la fin du traitement par le *fer* (perchlorure de préférence), l'*arsenic*, par le séjour à la campagne, les douches.

La marche du traitement doit être réglée avec soin. Après une période variable comme durée, suivant les cas, de régime lacté absolu, on revient progressivement, mais lentement, à l'alimentation mixte (potages aux pâtes, œufs peu cuits, bouillon ; puis viandes pulpées, volailles jeunes, viandes de bœuf ou d'agneau, rôties ou braisées, quelques légumes secs ou compote de fruits peu sucrée, eau ou lait comme boisson.

Traitement chirurgical. Les véritables indications du traitement chirurgical sont :

a) L'impuissance dûment constatée du traitement médical méthodiquement appliqué pendant un temps suffisant.

b) Les hémorragies incessantes.

Pour ce qui regarde l'indication opératoire en cas d'hémorragies, le prof. Dieulafoy estime que la quantité de sang *vomie en une fois* est le meilleur guide. Pour lui, tout malade qui, dans chacune de ses hématémèses, ne vomit pas plus de 50 grammes, 100 grammes, 200 grammes de sang, peut parfaitement guérir sans opération, alors même que les hématémèses se répèteraient assez fréquemment (sans toutefois dépasser la mesure) ; en pareil cas, il est permis de supposer que l'artériole ouverte est de très petite dimension ; il est permis d'espérer que les moyens médicaux auront raison de l'hémorrhagie ; l'urgence opératoire ne s'impose pas. Au contraire, tout malade qui vomit d'*un seul coup* un demi-litre, un litre de sang, surtout si ses hématémèses se répètent une deuxième, une troisième fois en vingt-quatre heures, ce malade là succombera presque fatalement s'il n'est pas opéré à temps. De telles hématémèses prouvent qu'une artère importante est ouverte ; un caillot obturateur pourra se former momentanément, l'hémorrhagie pourra s'arrêter pour un temps ; mais qu'on ne s'y fie pas, ces cas là sont presque toujours mortels si l'on n'intervient pas.

c) Perforation (on ne doit pas hésiter à intervenir aussitôt que possible) ; *abcès sous-phréniques ; adhérences.*

d) Enfin, le traitement chirurgical s'impose dans les cas de sténose, quand celle-ci est assez prononcée pour déterminer des troubles fonctionnels graves persistants. De toutes les opérations proposées, c'est la gastro-entérostomie qui présente le plus d'avantages.

La gastro-entérostomie a la plus heureuse influence dans l'hyperchlorhydrie avec ulcère ; elle supprime la contracture du pylore, d'où la stase alimentaire et l'irritation gastrique provoquée par la rétention du suc hyperacide.

La mortalité de l'opération tend, du reste, à s'abaisser de jour en jour avec les nouveaux procédés opératoires ; mise en regard des dan-

gers encourus par les malades atteints d'ulcères graves abandonnés à eux-mêmes, elle paraît moins périlleuse.

Au médecin revient la part principale dans le traitement puisque, suivant Leube, il peut guérir radicalement les malades dans 74,1 p. c. des cas, et les améliorer dans 21,9 p. c.

Alors même que des hémorragies abondantes et répétées se produisent, qu'une récidive survient après guérison apparente, le médecin devra persévérer sans perdre d'espoir; il ne se reconnaîtra désarmé qu'en présence des ulcères rebelles à tout traitement méthodique et prononcé, des ulcères chroniques avec vomissements et douleurs incoercibles ayant déterminé une cachexie mettant la vie en danger ou annihilant le rôle social du malade.

Dans ces cas, la gravité de l'intervention est inférieure à celle de l'abstention.

LA QUESTION DES BOISSONS PENDANT LES REPAS.

Doit-on boire pendant les repas?

Est-il rationnel de prescrire le régime sec dans certaines dyspepsies dilatatoires et atonies de l'estomac?

Faut-il voir dans l'ingestion de liquides la cause principale, primordiale des dyspepsies, comme on l'a prétendu?

Telles sont les questions que le prof. Ewald vient de traiter dans un travail résumé dans la *Presse médicale.*

Aujourd'hui, la première chose que fait le médecin en présence d'un malade se plaignant de troubles gastro-intestinaux, d'un état dyspeptique si léger qu'il soit, c'est de prescrire le régime sec plus ou moins rigoureux, de réglementer, en tous cas, la façon de boire du patient.

C'est contre ces excès que le professeur Ewald tient à protester. Sans nier les inconvénients qui peuvent résulter de l'ingestion immodérée de liquides pendant les repas et en dehors des repas, sans mettre en doute les services que le régime sec rend dans certains états pathologiques du tube digestif, il pense, néanmoins, que la soupe, au début du repas, est une bonne chose, et que la gorgée de vin ou de bière absorbée entre les morceaux qu'on avale ne rend pas l'homme dyspeptique.

Il s'appuie, pour émettre ces appréciations, sur les raisons suivantes:

Le principal reproche qu'on adresse à l'ingestion de liquides pendant les repas, c'est de diluer le suc gastrique et d'abaisser le taux d'HCl libre qui, normalement, doit être de 0,2 à 0,3 p. c. Plus on boit aux repas, plus l'estomac doit verser de suc gastrique, afin de

maintenir le taux normal d'HCl, et il n'y parvient que grâce à une exagération de la sécrétion de son appareil glandulaire. Mais l'estomac ne peut fournir indéfiniment ce surcroit de sécrétion; à la longue, celle-ci finit par s'affaiblir, par s'épuiser, et la dyspepsie est constituée.

Théoriquement, c'est très vrai; mais, en réalité, les choses se passent un peu autrement. M. Ewald fait notamment observer, en s'appuyant sur les recherches très précises de Moritz et von Mering, que l'intelligent pylore est là pour neutraliser les effets nuisibles de l'ingestion d'une trop grande quantité de liquides. Qnand ceux-ci arrivent trop abondants dans l'estomac, le pylore s'ouvre et leur donne issue dans l'intestin, en retenant dans l'estomac les aliments solides ou demi-solides.

Ce mode de fonctionnement tout particulier du pylore, joint à l'absorption de liquides qui se fait à la surface de la muqueuse stomacale, empêche, d'après M. Ewald, les liquides introduits en trop grande quantité dans l'estomac, de le distendre et de troubler son chimisme.

Ce raisonnement est légitime pour l'eau; seulement, aux repas, on ne boit pas que de l'eau; ce qu'on boit surtout, c'est du vin, du cidre, de la bière, c'est-à-dire une boisson contenant de l'alcool; or, pour bon nombre de médecins, à présent, boisson alcoolisée veut dire fermentations anormales, ralentissement de la digestion, irritation de la muqueuse du tube gastro-intestinal, cirrhose en perspective...

M. Ewald ne croit pas à tous ces dangers, du moins pour les personnes qui boivent avec modération, comme on le fait dans la majorité des cas. Il ne croit pas non plus à l'action nuisible de l'alcool sur la digestion, surtout, après les récentes recherches de Chittenden, qui a montré, qu'à petite dose, l'alcool, loin d'exercer une action nuisible sur la digestion stomacale et pancréatique, semble, au contraire favoriser les phénomènes de protéolyse. Il pense encore qu'on a considérablement exagéré les inconvénients qui résultent du refroidissement de la muqueuse stomacale provoqué par l'ingestion de boissons froides. Le danger d'une inflammation réactionnelle de cette membrane existe réellement, si l'estomac se trouve surchargé d'une grande quantité de liquides glacés; mais, à table, les boissons d'un usage courant sont simplement fraîches, et la différence de température du liquide ingéré et du milieu gastrique est rapidement, et sans aucune sorte de trouble, annulée par la provision de chaleur qui se trouve dans les organes voisins, cœur, foie, reins, poumons, etc.

Avec Munk, le prof. Ewald arrive donc à conclure que des quantités modérées de vin, prises au cours des repas, sont loin d'être nuisibles, elles sont peut-être même utiles en stimulant la sécrétion gastrique ainsi que le péristaltisme.

L'auteur cherche aussi à réhabiliter la soupe, le classique potage. « L'appétit, dit-il, est stimulé et les aliments sont mieux digérés, lorsque, avant le repas proprement dit, on prend un potage, ce qui s'explique sans doute par la stimulation qu'il exerce sur la sécrétion gastrique. »

Il est ainsi indiqué que *les sujets bien portants* ne s'exposent à aucun inconvénient en prenant du potage et en arrosant les aliments d'un peu de vin, de bière on de cidre.

Comment faut-il se comporter chez *les sujets souffrant de l'estomac*, soit que l'estomac soit primitivement affecté, soit que ses fonctions soient momentanément troublées par une maladie générale ou par l'affection d'un autre organe ?

D'une façon générale, même chez les dyspeptiques, à moins qu'il ne s'agisse d'une dilatation gastrique considérable, il n'y a aucune raison de proscrire les boissons aux repas. Même quand l'indication du régime sec est formelle, il est préférable de permettre aux malades un ou deux verres de vin léger par jour, surtout chez les individus qui boivent habituellement pendant les repas. C'est que l'excitation sécrétoire, produite par une boisson à laquelle l'individu est habitué, constitue un phénomène trop important en l'espèce, pour qu'on ne passe pas sur les inconvénients qui peuvent résulter de la dilution du chyme, de la surcharge de l'estomac, de l'abaissement de sa température, etc., en supposant que tous ces symptômes soient réellement provoqués par l'ingestion de quelques gorgées de liquides. La façon de prendre la petite quantité permise de vin, avant, pendant ou après le repas, doit être laissée, d'après l'auteur, à la discrétion du malade, à moins qu'on veuille faire, à cette occasion, de la thérapeutique par suggestion, fort utile dans certains cas.

La boisson permise sera celle que le malade a l'habitude de prendre. Il va de soi que, dans certains états pathologiques (ulcère de l'estomac, inflammations récentes du tube digestif, néoplasmes en voie de désagrégation, etc.) dans lesquels l'alcool agit d'une façon directement irritante, on proscrira d'une façon absolue les boissons alcoolisées. Du reste, presque toujours, les malades renoncent d'eux-mêmes à ces boissons qui provoquent chez eux une sensation très pénible de brûlure et même de véritables douleurs.

L'indication de limiter notablement la quantité de liquides est formelle dans nombre d'affections chroniques ou aiguës, fébriles ou apyrétiques dans lesquelles, sans parler du diabète, la sensation de soif est exagérée d'une façon exceptionnelle. Chez tous ces malades, la soif tient à ce que chez eux l'absorption se fait mal, et la grande quantité de liquides ne sert qu'à surcharger leur estomac ; en effet,

dans ces cas, l'estomac n'est plus celui d'un individu bien portant, c'est un estomac profondément atteint dans son chimisme et dans sa motilité, un estomac qui ne réagit plus. Chez tous ces malades, surtout chez ceux qui présentent en même temps un certain degré de dilatation, on arrive à calmer la soif en leur donnant fréquemment de petites quantités de liquide. On sait, du reste, que l'élément psychique joue un rôle considérable dans la sensation de la soif, et que, souvent, on peut faire passer celle-ci en se gargarisant la gorge avec un peu d'eau sans l'avaler. L.

—

FIÈVRE DE DIGESTION CHEZ LES ENFANTS.

Sous ce titre, le Dr Comby décrit dans la *Médecine Moderne*, des manifestations fébriles légères ou de moyenne gravité survenant plus souvent dans la dernière enfance, et en rapport avec une élaboration vicieuse des aliments.

Ces accidents se rencontrent surtout entre 3 et 10 ans chez des enfants qui mangent de tout comme leurs parents. c'est-à-dire soumis une alimentation défectueuse; gros mangeurs, grands buveurs. Ils se manifestent la nuit par de l'agitation, de la rougeur des pommettes, des sueurs ou de la moiteur et de la fièvre; le matin l'enfant n'a plus de fièvre, mais il reste pâle et languissant, ces accès peuvent revenir tous les soirs ou seulement de temps à autre. Le plus souvent la fièvre est modérée, 38°, 38°.5 mais quelquefois elle peut atteindre 40° plus; elle peut durer, un, deux ou trois jours. Ces enfants, dans l'intervalle des accès. ont des digestions défectueuses, de la constipation habituelle, de l'anorexie plus souvent que la boulimie, de la polydepsie presque toujours, quelquefois des selles fétides. La langue est généralement saburrale.

Le traitement comprend deux parties.

1° un bon régime, 2° quelques médicaments eupeptiques et antiseptiques. Il faut bien se garder de donner la quinine, le quinquina et les toniques alcooliques qui ne feraient qu'aggraver la situatien.

1. *Régime alimentaire.* — On interdira l'usage des vins et des mets excitants ou échauffants, sauces épicées, acidités, sucreries, pâtisseries, charcuterie, viandes faisandées. On ne donnera pas la viande crue qui favorise les fermentations anormales. Les enfants seront soumis à un régime surtout végétarien : pain grillé, panades et soupes épaisses, purées de légumes secs, œufs, œufs au lait, fruits cuits, etc. On donnera, une fois par jour seulement, des viandes tendres, cervelles, riz de veau, côtelettes d'agneau, poulet, pigeon, etc.

Le taux des boissons sera réduit au minimum.

2. *Médicaments.* — Il faut lutter avant tout contre la constipation. Pour cela il faut avoir recours à l'usage des aliments laxatifs (épinards, oseille, chicorée cuite, pruneaux, marmelade de pommes) ou donner pendant plusieurs jours une petite dose de magnésie ou de rhubarbe associée à quelques substances antiseptiques ou eupeptiques.

Si la constipation reste opiniâtre on aura recours à des suppositoires à la glycérine ou à des petits lavements de glycérine pure.

S'il y a de la diarrhée, on remplace, dans ces formules, la magnésie et la rhubarbe par le salicylate de bismuth.

Quand l'enfant a la langue saburrale, on lui donne le calomel à doses fractionnées. L.

—

TUBERCULOSE INFANTILE.

La question de l'hérédité de la tuberculose est toujours discutée et diversement résolue; au Congrès français de médecine, Comby et Haushalter ont apporté des éléments de nature à faciliter la solution.

Sur 235 enfants de 0 à 2 ans, morts à l'hôpital, Comby en a trouvé 207 indemnes de toute localisation tuberculeuse, et 28 (11,91 pour 100) tuberculeux. Donc, sur 100 nourrissons hospitalisés, près de 12 seraient entachés de tuberculose. La fréquence varie, d'ailleurs, beaucoup suivant l'âge.

Sur 72 enfants de 0 à 3 mois, pas un seul n'a été trouvé tuberculeux; la tuberculose serait donc exceptionnelle avant l'âge de trois mois, ce qui plaide contre l'hérédité directe. Sur 53 âgés de 3 à 6 mois, nous trouvons 4 tuberculeux (7,54 pour 100); sur 57 entre 6 et 12 mois, 13 tuberculeux (22,80 pour 100); sur 29 entre 1 et 2 ans, 11 tuberculeux (38 pour 100).

La proportion des tuberculeux s'accroît donc régulièrement des premiers mois de vie, où elle est au minimum, à la seconde année où elle atteint son maximum. Dans la première année de la vie le pourcentage n'atteint pas 9 pour 100; dans la seconde année il approche de 38 pour 100.

La comparaison de ces chiffres, peu favorable à la doctrine de l'hérédité, plaide en faveur de la contagion.

L'auteur montre ensuite que l'*enfant devient tuberculeux non pas par la voie digestive*, comme on le pense généralement, *mais par la voie respiratoire.*

La caséification presque constante des ganglions trachéo-bronchiques, l'ancienneté de cette tuberculose lymphatique comparée à la jeunesse des granulations disséminées dans les viscères, dénoncent l'origine première et la porte d'entrée de la tuberculose infantile.

Sur 28 autopsies de tuberculeux de moins de deux ans, il a trouvé la caséification des ganglions bronchiques 28 fois; 21 fois les poumons étaient pris, 7 fois ils présentaient des cavernes, même au-dessous d'un an (à 4 mois, 6 mois, 8 mois, 9 mois). Quand l'enfant marche, quand il joue par terre, il court plus de risques que dans son berceau ou sur les bras de sa nourrice. Il inhale, en effet, plus facilement, plus abondamment, plus directement les poussières bacillifères qui infecteront d'abord ses voies respiratoires, se fixeront dans ses ganglions trachéo-bronchiques, d'où, après une incubation plus ou moins longue, pourront partir des colonies secondaires vers les poumons et les autres organes.

Sur 21 nourissons phtisiques, 8 ont présenté des ulcérations de l'intestin (3 de l'estomac), 4 de la granulie péritonéale, 13 de la granulie hépatique et splénique, 4 de la granulie rénale, 3 des granulations méningées.

Quelle que soit la forme clinique, il est à remarquer que, chez les nourrissons, la tuberculose évolue beaucoup plus vite que dans la seconde enfance et à l'âge adulte. La maladie brûle les étapes et fait, en quelques semaines, des ravages qu'elle met, d'ordinaire, des années à accomplir. Elle a, de plus, une tendance bien connue à se généraliser sous forme de granulie viscérale. Certaines maladies du jeune âge, la rougeole, la coqueluche, la grippe, la diphtérie, etc., ont une influence aggravante et décelante de la tuberculose. Tel enfant, bien portant avant la rougeole, sera la proie, après la fièvre éruptive, d'une phtisie galopante ou d'une granulie généralisée.

Haushalter, comme Comby, n'a tenu compte que des cas où l'autopsie a été pratiquée, il a constaté également la fréquence de la tuberculose infantile; en effet, sur 261 autopsies d'enfants âgés de quelques mois à douze ans, il a compté 94 tuberculeux, soit 36 p. c.; en d'autres termes, un peu moins des 2/5[e] des enfants mourant avant douze ans sont porteurs de lésions tuberculeuses.

La tuberculose est relativement rare dans les premiers mois de la vie; elle croît brusquement de fréquence vers la deuxième année pour atteindre son maximum vers la septième. C'est, comme vient de le dire M. Comby, l'inverse de ce que l'on devrait observer si la tuberculose infantile était due à l'hérédité de graine. Sa rareté chez le nourrisson, comparée à sa fréquence dans la seconde enfance, est bien plus en faveur de la contagion que de l'hérédité parasitaire. Cette contagion se fait d'autant plus facilement que l'enfant vit au contact de parents tuberculeux.

Les constatations de Haushalter relativement au siège des lésions, sont également confirmatives de celles de Comby.

La tuberculose était, dans la majorité des cas, généralisée à plusieurs organes ou appareils, avec prédominance marquée sur le poumon et les ganglions trachéo-bronchiques, et rareté sur l'intestin et les ganglions mésentériques. Ces proportions si différentes montrent que presque toujours la contagion du virus tuberculeux se fait par l'appareil respiratoire.

Certaines autopsies ont montré que le bacille de Koch, pénétrant ainsi par inhalation, peut infecter les ganglions trachéo-bronchiques sans laisser de traces de son passage dans le poumon, et que souvent la tuberculose de ces ganglions est la plus ancienne en date des lésions tuberculeuses.

A signaler aussi la fréquence des localisations tuberculeuses sur la rate, le foie et les méninges, qui étaient atteints dans près de la moitié des cas.

Très rarement, la tuberculose est limitée à un seul organe; dans près de 4/5 des cas, elle était généralisée; 16 fois il s'agissait de formes chroniques ou subaiguës, 58 fois de tuberculose miliaire plus ou moins diffuse.

D'autre part — fait digne d'attention — sur les 27 cas où la tuberculose miliaire avait présenté des lésions tuberculeuses plus anciennes, 26 fois les ganglions trachéo-bronchiques étaient caséeux, alors que les autres tuberculoses anciennes étaient réparties de façon irrégulière.

63 fois sur 91 cas la mort fut le résultat de l'évolution tuberculeuse. Dans 24 de ces 91 cas la tuberculose se compliqua d'infections banales surajoutées qui contribuèrent à déterminer la mort.

En terminant, l'auteur insiste sur la difficulté ou sur l'impossibilité, dans certains cas, de diagnostiquer la tuberculose infantile. Parfois, à la faveur d'une infection banale, elle évolue comme une maladie aiguë chez des enfants de belle apparence, sans atteindre profondément leur état général; d'autres fois, elle est absente à l'autopsie de chétifs rachitiques, à gros ventres, à multiples ganglions, chez qui on la soupçonnait, si même on n'en avait pas affirmé l'existence. L.

—

TRAITEMENT DES ÉTATS NEURASTHÉNIQUES.

Dans son travail, inséré dans la *Semaine médicale*, Gilles de la Tourette prend soin de dire que rien n'est plus dissemblable que l'épuisement nerveux vrai, état accidentel, et la neurasthénie constitutionnelle.

Comme moyens thérapeutiques, il faut en premier lieu relever la dépression physique dont souffrent les malades. Sous ce rapport la *douche froide* en jet brisé sur le tronc et les membres supérieurs, à

plein jet sur les membres inférieurs, en épargnant la tête est le meilleur tonique. Pour que la réaction se produise, il faut que le sujet fasse de l'exercice avant et après la douche, qu'il ait fait un repas quelque temps avant.

L'*électricité statique* est également un excellent moyen de traiter la dépression nerveuse. Le bain statique sans étincelles, avec friction à la boule sur les régions douloureuses, d'une durée de dix à douze minutes, donne de bons résultats.

Disons ici, en passant, que Apostoli et Planet, en s'appuyant sur de nombreuses observations, ont abouti aux conclusions suivantes :

1° Les neurasthéniques qui sont entachés d'hystérie retireront un bénéfice très grand du traitement électrique par la statique ou franklinisation.

2° Le processus curateur du bain statique se manifeste surtout par l'action exercée contre l'insomnie et par le retour au sommeil normal.

3° La plupart des hystériques (mais non tous) qui se trouvent améliorés par la statique témoignent une intolérance variable pour la haute fréquence (et, en particulier, plus grande pour l'autoconduction dans la cage).

4° La faradisation, qui a été indiquée comme pouvant seule donner un résultat quand on a affaire à certaines manifestations locales de l'hystérie, notamment dans les troubles de la sensibilité d'un organe ou d'une région, se montre quelquefois impuissante, tandis que la statique, qui agit d'une façon générale, peut donner des résultats plus rapides et plus considérables.

5° Avec la statique, on peut faire disparaître certaines manifestations hystériques, comme les tics convulsifs compliqués de coprolalie.

Chez certains neurasthéniques agités, l'eau froide détermine de l'excitation. Ces malades se trouvent bien de la *balnéation tiède*, bains à 35° d'une demi-heure de durée, répétés trois fois par semaine. Les bains sont préférables aux *douches chaudes* que l'on utilisera seulement contre les douleurs localisées, la plaque sacrée en particulier.

Contre les phénomènes douloureux, la céphalalgie, l'agitation nerveuse, un remède s'impose, le *bromure de potassium*, que l'on prescrira surtout le soir au moment du coucher (2 à 3 gr. dans une tasse de tilleul ou de lait sucré avec du sirop de fleurs d'orangers).

Si l'insomnie est rebelle et fatigante, on joindra au bromure quelques prises de *sulfonal* (un ou deux cachets de 0,50 de sulfonal, 10 ou 15 gouttes de *laudanum*, 1 ou 2 gr. de *chloral)*, mais il faut être modéré sur le chapitre des hypnotiques proprement dits ; ils procurent un sommeil nullement réparateur, à l'inverse de la sédation que donne l'emploi prolongé du bromure.

Il faut enfin veiller à l'*alimentation*. Gilles de la Tourette n'admet pas que la neurasthénie puisse être d'origine gastrique, mais il reconnaît l'importance d'un régime alimentaire choisi dans la neurasthénie. L'alimentation calme momentanément les phénomènes neurasthéniques, mais il faut qu'elle soit bien ordonnée, sinon le sujet ne peut faire les frais de sa digestion, et la lutte se traduit par des bouffées de chaleur au visage, les flatulences, les borborygmes, etc.

Les malades doivent manger souvent et peu à la fois.

Le matin à huit heures le malade fera un premier déjeuner composé d'un œuf à la coque, d'une croûte de pain bien cuit, d'une tasse de thé noir léger, au lait à parties égales.

Le repas de midi sera le repas fondamental, le plus copieux : viandes grillées, roties ou braisées (150 grammes) ; poisson ou cervelle bouillie avec sauce au beurre très légère ; légumes secs en purée passée (80 à 100 gr.), surtout haricots, lentilles, pois cassés, fromage blanc frais, 150 gr. de pain bien cuit et un verre à un verre et demi d'eau légèrement rougie ou mieux encore d'eau pure.

Le café ne sera autorisé en quantité modérée que si la tension artérielle est faible.

Après le repas une promenade d'une demi-heure à trois quarts d'heure de durée sera recommandée.

Vers quatre heures, le neurasthénique fera un goûter composé de biscuits secs légers, un pot de crème au lait et aux œufs (80 gr.) ou de même quantité de fruits cuits en compote ou d'une purée passée de pruneaux cuits à l'eau, s'il existe une habituelle constipation, le tout arrosé d'une tasse de lait.

Le repas de sept heures sera calqué sur celui de onze heures, mais moins copieux.

En somme l'alimentation n'a rien de très spécial ; elle consiste à fournir à l'estomac, en petites quantités souvent répétées, des aliments d'une facile assimilation, susceptibles de laisser peu de déchets.

Si pendant la nuit, vers deux ou trois heures, le malade est réveillé par des malaises gastriques, il absorbera une crème légère.

On ne donnera pas plus de 250 à 500 gr. de lait par jour, car en quantité plus considérable il est mal toléré.

Quant au vin, son usage doit être des plus restreints, la boisson habituelle sera de l'eau pure ou additionnée d'une très petite quantité de vin ou mieux d'eau-de-vie.

Pour relever l'appétit on pourra prescrire avant le repas quelques gouttes d'une teinture amère ; pour favoriser la digestion, après le repas, une cuillerée à soupe d'élixir de pepsine additionné de phosphate de soude.

Enfin, comme tonique, on donnera le citrate de fer.

On ne donnera pas d'autres médicaments, car il n'est pas de sujets qui supportent plus mal les médications que les neurasthéniques.

Il a déjà été question de l'exercice à prendre après le repas. Les exercices violents ou trop longtemps prolongés seront proscrits. Les voyages seront d'un puissant secours au moment de la convalescence.

Tout en traitant les symptômes, il faut s'adresser à la cause quand on se trouve en présence d'un cas de neurasthénie vraie.

La tâche sera singulièrement plus ardue chez les neurasthéniques constitutionnels. Les accalmies obtenues par le repos, par l'isolement, ne sont que passagères, car on ne peut régénérer un état mental congénitalement faible et déprimé.

Enfin le rôle du médecin sera à peu près impuissant dans le cas d'hystéro-traumatisme. L.

—

MÉDICATION THYROIDIENNE.

Nous extrayons du rapport présenté par le prof. Mossé au récent Congrès français de médecine, sur l'organothérapie ou l'opothérapie, ce qui concerne spécialement les indications et contreindications générales et surtout le mode d'emploi de la médication thyroïdienne.

Action du suc thyroïdien. D'une façon générale, on peut dire que l'ablation de la thyroïde est suivie d'un abaissement du taux des échanges. Au contraire, sous l'influence du traitement thyroïdien, l'activité désassimilatrice s'accroît notablement. C'est là un fait qui paraît général et constant. C'est la réserve graisseuse qui est la première entamée dans ces processus désassimilateurs. Il y a plus, l'assimilation des graisses diminue notablement (de 1,33 à 4,43 %). On comprend donc que le poids des sujets diminue rapidement et notablement.

C'est probablement par l'intermédiaire du système nerveux que ces modifications nutritives se produisent, mais rien n'empêche d'admettre aussi l'hypothèse d'une action directe sur les éléments des tissus.

Les symptômes fonctionnels qui succèdent à l'administration du suc thyroïdien sont très variables d'un sujet à l'autre.

L'*accélération*, la *faiblesse* et surtout l'instabilité du pouls, sont les premiers symptômes qui signalent l'imprégnation toxique.

L'*instabilité du pouls*, caractérisée par la rapide augmentation des pulsatiods (20, 30, 40), sous l'influence du moindre effort, précède la tachycardie, qui s'établit et s'accentue quand le thyroïdisme devient plus évident.

Lorsque ce symptôme se produit, il faut *diminuer ou cesser le médicament*. Celui-ci agit, en effet, comme un poison du cœur. Il

peut déterminer la mort par syncope. Les exemples de cette complication redoutable ne sont plus, aujourd'hui, très rares. Le danger, menaçant quand le pouls offre ces caractères de faiblesse, de rapidité, d'inégalité, peut se produire encore après que la médication a été interrompue.

Quant à l'*augmentation de la température* signalée par plusieurs auteurs, elle est loin d'être constante.

Les modifications de la nutrition sont variables dans la thyroïdothérapie, non seulement en raison des susceptibilités individuelles, mais encore suivant qu'il s'agit de sujets soumis à la médication thyroïdienne pour des accidents compatibles avec un état de santé relativement bon (par ex. psoriasis) ou de sujets ainsi traités pour une dystrophie plus ou moins accentuée (myxœdème, obésité, etc., etc.).

Le traitement thyroïdien agit sur la *crase sanguine*. Il détermine une rapide augmentation des globules chez les myxœdémateux. Il agirait chez eux comme un régénérateur du sang.

Il a une *influence* excitative sur les organes mammaires. M. Hertoghe a utilisé avec succès cette propriété pour raffermir la lactation qui périclitait. Chez des nourrices dont les règles avaient reparu au cours de l'allaitement, une petite quantité de thyroïde sèche a fait disparaître la menstruation et redonné toute sa vigueur à la lactation.

Le travail d'ossification est très retardé, dans l'athyroïdie et dans la chondrodystrophie. L'expérience a prouvé que l'opothérapie thyroïdienne est capable de réveiller et exciter le processus de croissance, tant que l'ossification du squelette n'est pas complète, c'est-à-dire tant que les cartilages de conjugaison n'ont pas disparu.

Indications et contre-indications de l'opothérapie thyroïdienne. — Puisque l'opothérapie a pour but de rendre à l'organisme les sécrétions internes déficientes, la médication thyroïdienne est indiquée dans les maladies qui résultent de l'*absence*, (athyroïdie) de l'*insuffisance* (hypothyroïdie) ou de la *perversion fonctionnelle* (dysthyroïdie) de la sécrétion interne du corps thyroïde. Malheureusement, si nous commençons à connaître les dystrophies et les toxémies consécutives à l'athyroïdie, nous connaissons moins les troubles liés à l'hypothyroïdie, et nous n'avons que des données incertaines sur les syndromes et les altérations trophiques d'origine dysthyroïdique.

La thyroïdothérapie sera indiquée dans les états suivants :

A. Etats morbides et dystrophies sous la dépendance d'une altération manifeste ou de la suppression de la glande thyroïde (myxœdèmes, crétinisme endémique).

B. Etats morbides et troubles des organes ou fonctions en corrélation avec le corps thyroïde, conduisant à admettre un trouble fonc-

tionnel de la thyroïde sans altération physique évidente (goîtres et autres affections de la glande amenant un amoindrissement de la sécrétion; nutrition retardante; retard de développement du système osseux; retard de la puberté; obésité, et certains cas de diabète).

C. Etats morbides et syndromes empiriquement améliorés par l'opothérapie thyroïdienne, sans genèse expliquée de l'amélioration (opothérapie empirique). Mais une grande réserve est indiquée dans ces sortes de cas.

Les *contre-indications* se tirent de l'état du malade et, en premier lieu, de l'*état du cœur*. Chez un malade dont le myocarde est affaibli, la résistance diminuée, il est préférable de s'abstenir : le suc thyroïdien agissant comme un poison du cœur. La surcharge graisseuse sans dégénérescence, chez les obèses, n'est pas une contre-indication. Au contraire, les graisses, d'après ce que nous savons, étant résorbées avant les albuminoïdes, on peut espérer que le cœur pourra ressentir les effets du « dégraissement ».

Il nous paraît prudent de considérer l'albuminurie et la tuberculose comme une raison de s'abstenir. Mais si, ce qui arrive plus d'une fois, on a affaire à des arthritiques, obèses, emphysémateux avec hyposystolie et parfois légère quantité d'albumine, on peut tenter la médication, à la condition de surveiller le cœur et le pouls avec le plus grand soin. De tels malades peuvent être soignés par l'opothérapie thyroïdienne à l'hôpital, où ils sont vus tous les jours, souvent matin et soir; la médication serait plus difficilement applicable en ville.

Enfin, il est désirable que les voies digestives soient en bon état.

Mode d'administration des produits thyroïdiens. — L'*ingestion* est à peu près la seule méthode usitée pour l'utilisation thérapeutique de la glande thyroïde et de ses dérivés.

On emploie généralement *la glande fraîche de mouton*. Cette préférence repose sur les raisons suivantes : 1° parmi les glandes d'animaux de boucherie qu'il est facile de se procurer, celle-ci offrirait la plus grande analogie avec celle de l'homme; 2° la tuberculose est extrêmement rare chez le mouton.

La glande doit être prélevée sur un animal sain, recueillie très proprement, et mise à l'abri, car elle s'altère plus facilement peut-être que la viande ordinaire. Il importe, du moins au début, de vérifier quand on l'apporte s'il n'y a pas eu erreur, car on a souvent donné du thymus, des glandes salivaires ou même du poumon, à la place de lobes thyroïdes. Ceux-ci sont désignés d'ordinaire sous le nom de glandes du cornet; il est constitué par deux lobes demi-olivaires, légèrement fusiformes, de couleur rouge brun, situés de chaque côté de la partie supérieure de la trachée et entourés d'une enveloppe cellulo-graisseuse que l'on enlève soigneusement avant l'ingestion.

La glande est ingérée en nature, au moment des repas, comme de la viande crue ordinaire, ou bien réduite en petits fragments, mélangée au bouillon ou enrobée dans de la poudre de sucre, de réglisse, etc. Sauf des cas, peut-être exceptionnels, l'ingestion en nature est très facilement acceptée et continuée sans causer le moindre dégoût.

La dose doit être formulée en poids, non en lobes, car le poids d'un lobe peut varier pour les thyroïdes saines dans la proportion de 1 à 5 ou 6. Le poids moyen d'un lobe (c'est-à-dire d'une demi-glande) est ordinairement de 1 gr. 20 à 1 gr. 50.

En règle générale, il est bon de commencer par des quantités peu élevées afin d'essayer la susceptibilité individuelle, qui est très variable, on ne doit pas l'oublier. On pourra commencer par 1 à 2 gr de glande fraîche par jour. Suivant l'effet, cette dose est conservée ou portée à 3 4 gr. Le médicament est diminué ou supprimé s'il survient des phénomènes d'intolérance (pouls instable, tachycardie, palpitations, céphalalgies, malaise gastrique, insomnie, brisement des forces).

Dès que les symptômes sont amendés, on cesse progressivement la médication, pour donner ensuite, à intervalles plus ou moins espacés, les doses nécessaires au maintien de l'amélioration. Sauf les cas où la cure est tentée pour combattre un trouble accidentel, il y a dans toute cure thyroïdienne à distinguer la ration curative et la ration d'entretien.

Dans le myxœdème, d'après M. Marie, la dose quotidiennne doit être de 1 lobe (c'est-à-dire 2 gr. environ), pendant les trois ou quatre premiers jours ; au bout de ce temps et quand la réaction thyroïdienne (polyurie, élévation de la température, accélération du pouls, insomnie, douleurs dans les membres) aura commencé à se manifester, la dose ne sera plus donnée que tous les deux jours. Une fois la régression des principaux symptômes du myxœdème obtenue, on réduit progressivement la prescription à un lobe tous les deux, trois, quatre, cinq jours. La suppression du traitement n'empêche pas d'ailleurs la *démyxœdémisation*, puisque les effets du suc thyroïdien se prolongent pendant quelques jours.

Dans l'obésité, la dose moyenne de 1 gr. par jour ou de 4 gr. deux fois par semaine constitue un mode d'administration susceptible de produire de bons effets sans accidents marqués.

On a aussi utilisé des *préparations pharmaceutiques* de glande desséchée, réduite en poudre et prescrite en cachets, en pilules, ou plus souvent sous forme de *tablettes*, de *comprimés*. On ne saurait indiquer un rendement quelque peu précis de la poudre par rapport à la glande fraîche. On est obligé de s'en rapporter au titrage indiqué pour la préparation que l'on adopte. En général, les tablettes contiennent 10 centigr. de poudre de glande desséchée, mélangée à du miel, du

sucre de lait et des substances destinées à assurer leur conservation. Suivant le mode de préparation, ces 10 centigrammes correspondent à une quantité variable de glande fraîche.

Aux enfants, il est assez difficile de faire accepter la glande en nature; ils prennent beaucoup plus facilement les tablettes. Le médecin se souviendra, en les prescrivant, de l'inégalité des doses qu'elles contiennent suivant leur origine.

Enfin nous devons encore ajouter que l'on cherche à substituer à ces diverses préparations le principe actif, une matière protéique isolée par Baumann, contenant de l'iode et connue sous le nom d'*iodothyrine*. Ce serait la vraie substance active, la seule même active de l'extrait thyroïdien. C'est une substance organique renfermant de l'azote (1 à 0,5 p. c.) et de 3 à 10 p. c. d'iode, proportion considérable comme on le voit. L'iodothyrine extraite représente 0,2 à 0,5 p. c. du poids total de la thyroïde.

Sans préjuger du rôle de cet iode ainsi fixé dans l'iodothyrine, on peut dire que par lui-même le fait de l'union de ce métalloïde avec une substance protéique présente un très grand intérêt. On sait, en effet, aujourd'hui, quelles modifications peut apporter à l'action sur l'organisme c'un élément minéral le fait pour cet élément d'être uni à des corps d'une grande complexité moléculaire comme les matières protéiques. Il en est ainsi pour le fer uni à l'hémoglobine. L.

TRAITEMENT THYROÏDIEN DU GOÎTRE.

Le Dr Hanzel vient de fournir une contribution importante au sujet de cette méthode thérapeutique en publiant les résultats obtenus à à l'hôpital de Vienne, dans le service du prof. Chiari.

220 sujets ont été traités, la plupart porteurs d'un goître simple, quelques-uns d'un goître fibreux, ou kystique, ou bien ayant subi la dégénérescence colloïde. Dans presque tous les cas il s'agissait de femmes âgées de 12 à 24 ans.

Un grand nombre d'entre elles étaient en même temps chlorotiques : il est à remarquer que ce sont celles qui ont le mieux toléré le traitement.

La forme médicamenteuse employée a été l'iodothyrine ou thyroïdine, en tablettes dosées à 35 centigrammes. La dose quotidienne a été de une pastille au début; plus tard de deux, que l'on faisait prendre avant le repas de midi (pour éviter les malaises et les vomissements).

Il n'y a pas eu d'accidents sérieux à la suite de ce traitement. Quelques malades seulement ont éprouvé des nausées, des maux de tête, des palpitations.

Le plus souvent, dans les cas qui ont été améliorés, on a constaté après l'ingestion de 5 à 7 tablettes une diminution de volume du corps thyroïde.

Trois semaines au plus tard après le traitement, le volume du cou avait diminué de 3 à 4 centimètres. Quand ce résultat n'était pas obtenu après l'administration de 20 tablettes, on pouvait considérer l'échec comme définitif.

C'est surtout dans le goître simple que le traitement s'est montré efficace. Dans le cas de goître avec dégénérescence colloïde il a déterminé une diminution de consistance et une résorption partielle de parties hypertrophiées. Enfin dans le goître exclusivement colloïde et kystique, dans le goître vasculaire le traitement a eu un insuccès complet. Il a réussi au contraire dans un cas de goître fibreux.

On remarquera, d'après l'âge des personnes traitées, qu'il s'est agi de goîtres relativement récents. L.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE PAR LES LAVAGES AU PERMANGANATE.

Nous avons exposé jadis dans tous ses détails ce procédé de traitement qui, du nom de l'inventeur, porte le nom de méthode de Janet; il a amplement fait ses preuves aujourd'hui et, pour notre part, nous le considérons, en nous appuyant sur une expérience suffisamment nombreuse et suivie, comme le meilleur, nous dirions même volontiers comme le seul sûrement efficace de tous ceux préconisés contre la blennorrhagie; ce n'est malheureusement pas, comme nous l'avons écrit déjà, le traitement plus commode, bien que ses inconvénients aient été sensiblement mitigés, grâce à l'abaissement de la concentration des solutions en usage.

Il nous paraît utile de revenir sur ce sujet, en utilisant le travail que le Dr Janet lui-même vient de publier dans la *Revue de thérap. médico-chirurg.* à titre de résumé d'une longue pratique.

L'auteur est resté fidèle au permanganate de potasse, après avoir essayé tous les anciens ou nouveaux remèdes, depuis le nitrate d'argent et le sublimé, qui étaient très en honneur jadis, jusqu'à l'ichthyol, l'argentamime, l'argonine, l'itrol, le protargol, ces quatre derniers, des succédanés du nitrate d'argent, introduits récemment dans la thérapeutique.

Il admet parfaitement qu'on utilise tous ces produits pour détruire les gonocoques, à la condition de s'en servir comme procédés abortifs, mais ils ne lui semblent pas présenter sur le permanganate de potasse d'avantages assez évidents pour faire abandonner cette substance.

Nous verrons plus loin qu'il leur accorde une large place dans le cas où le permanganate semble avoir épuisé son action. Mais, en règle générale, il leur trouve de gros inconvénients que n'a pas le permanganate : les sels d'argent tels que l'argentamine, l'argonine, l'itrol, le protargol sont ou difficilement solubles ou difficiles à conserver. Ce sont des sels qui s'altèrent facilement en solutions, et qui ne permettent pas l'utilisation si pratique des solutions mères.

L'expérience aidant, l'auteur ne dit plus que le traitement par le permanganate soit dans tous les cas un moyen rapide de guérison. Il a eu des malades en traitement pendant deux ou trois mois ; il a eu des malades qui se sont fait ou à qui il a fait quarante et même soixante dix lavages ; mais il affirme qu'à la fin de ces traitements, si longs qu'ils aient été, l'urètre se trouvait en aussi bon état qu'à leur début et que, pendant toute leur durée, ces malades n'ont été exposés à aucune des complications habituelles de la chaudepisse.

Si l'on ajoute que ces cas de traitement prolongé ne se rencontrent guère que deux fois sur dix, qu'ils sont dus à des foyers gonococciques extra-urétraux méconnus, et qu'il suffit de dépister ces foyers pour obtenir enfin la guérison, on se rendra compte qu'on doit les retrouver dans tous les autres modes de traitement de la chaudepisse.

Pour les lavages, l'installation nécessaire est des plus simples. Elle consiste en :

1° Un bock ou un irrigateur d'un litre, armé d'un tube de caoutchouc de 2 m. 50, avec pince ou robinet d'arrêt, et canule de verre à bec conique très obtus ;

2° Un procédé de suspension qui peut se réduire à deux ou trois clous pour accrocher le bock à différentes hauteurs suivant la pression que l'on veut obtenir ;

3° Une seringue urétrale pour la cocaïne ;

4° Un bassin pour recevoir l'eau de lavage ;

5° Une solution mère de permanganate de potasse à 1/100 ;

6° Une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/400 ;

7° De l'eau bouillie tiède pour faire les solutions de permanganate ;

8° Une éprouvette graduée en 100 centimètres cubes pour doser les solutions ;

9° Un lit, une chaise ou un bidet pour coucher ou asseoir le malade. On peut même faire les lavages sur le malade debout, acoté contre un mur ou contre un meuble. Mais ce procédé ne peut être employé que pour des malades déjà habitués aux lavages, car autrement on pourrait s'exposer à voir survenir une syncope par suite de l'impressionnabilité de certains d'entre eux. Cette posture debout est fréquemment adoptée par les malades qui se lavent eux mêmes.

I. *Blennorrhagie chez l'homme.*

Le traitement lui-même comprend plusieurs procédés, selon l'ancienneté de la blennorragie.

A. *Uréthrite gonococcique à son début.* Le traitement qui mérite le nom de *traitement abortif* de la blennorrhagie doit être tenté non seulement aux premières heures de cette affection, mais aussi dans les premiers jours de la blennorrhagie, tant qu'il n'existe pas un état véritablement phlegmoneux de l'urètre. Ce n'est pas une question de jours, tel malade au huitième jour de son affection présente des phénomènes inflammatoires moindres que tel autre au dixième jour. Ce n'est pas non plus une question d'abondance ou de consistance plus ou moins épaisse de l'écoulement : des écoulements très abondants et déjà verdâtres cèdent parfaitement au traitement que nous allons indiquer. La seule limite que l'auteur admet à cette phase débutante de la chaudepisse c'est l'ectropion du méat et la dureté ligneuse de l'urètre, en un mot le cortège symptomatique de la chaudepisse suraiguë.

En règle générale, ce traitement de l'urétrite débutante doit être limité à l'urètre antérieur qui seul alors est infecté; néanmoins il faut toujours, avant de commencer le traitement et même pendant tout le cours du traitement, surveiller le second verre d'urine et se tenir prêt au moindre trouble de ce verre (les sels insolubles étant éliminés par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique) à pratiquer les lavages complets de tout l'urètre.

Pour faire les lavages de l'urètre antérieur, on suspend le bock de manière à ce que son fond ne soit pas à plus de 50 centimètres au-dessus de la verge du malade : on amorce le tube de caoutchouc puis on remplit l'urètre en forçant un instant la canule à l'entrée de l'urètre. Dès que l'on sent l'urètre distendu, on laisse le liquide s'échapper, en retirant un peu la canule. On recommence ainsi jusqu'à épuisement du liquide, en ayant soin de temps en temps de suspendre le lavage, pour exprimer l'urètre du périnée au méat, pour changer le liquide qui pourrait stagner dans les parties profondes et ne pas être renouvelé.

Ces lavages seront faits deux fois par jour, le matin et le soir avec un litre de solution tiède de permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000.

Au besoin, c'est-à-dire si la réaction est violente, les doses seront abaissées à 35 centigrammes et même 25 centigrammes pour 1000, quitte à les remonter ensuite, dès que l'état de l'urètre le permet.

Au bout de trois à quatre jours on peut en général se contenter de faire un lavage par jour.

On élève ces derniers lavages à 75 centigrammes pour 1000 et même vers le huitième ou neuvième jour à 1 gramme pour 1000. Mais il ne faut arriver à ces doses que si l'urètre ne présente plus trace d'inflammation. Si à ce moment, neuvième jour, la goutte est petite, muqueuse, presque transparente, on peut écarter le lavage suivant de trente-six heures, puis le suivant de quarante-huit heures.

Si alors on ne trouve aucune sécrétion ou seulement une légère sécrétion muqueuse sans gonocoques, on peut interrompre les lavages en recommandant au malade de revenir à la moindre exacerbation de son écoulement, surtout s'il éprouve des démangeaisons urétrales qui, en général, précèdent les récidives.

En cas de récidive, on reprend le traitement le plus tôt possible à raison d'un lavage par vingt quatre heures de 50 centigrammes à 1 gramme pour 1000, en recherchant avec soin s'il n'existe pas d'urétrite postérieure.

Si dès le début du traitement ou dans le cours de celui-ci le deuxième verre montre par son trouble qu'il existe de l'infection de l'urètre postérieur, il faut recourir aux lavages complets de tout l'urètre.

Pour cela on fait dans l'urètre antérieur une injection de cocaïne à 1/400, que l'on fait conserver pendant une minute, puis on lave l'urètre antérieur avec la moitié du litre de solution, enfin on force la canule dans le méat après avoir élevé le fond du bocal à 1 mètre au-dessus de la verge du malade. On lui recommande de pousser comme pour uriner, et on laisse le liquide passer lentement dans la vessie.

Il faut beaucoup de tact et de douceur pour cette opération ; si la pénétration dans la vessie se fait mal, il est préférable de ne pas insister et de remettre au lavage suivant une tentative plus complète, quelquefois ce n'est qu'au bout de deux ou trois jours que le malade s'habitue à laisser pénétrer le liquide.

Les lavages complets doivent être faits à dose faible quand le malade n'est pas habitué à les laisser passer rapidement. La dose de 25 centigrammes pour 1000 suffit dans ces cas. Si au contraire le malade est habitué aux grands lavages par un traitement antérieur, ou si les lavages se font d'emblée facilement chez lui, on peut les faire aux mêmes doses que les lavages antérieurs dont nous parlions plus haut, 50 centigrammes à 1 gramme pour 1000, en restant toutefois très sobre de cette dernière dose que l'auteur utilise aujourd'hui beaucoup moins souvent qu'autrefois.

Quand les lavages se font très facilement, quand toute trace d'inflammation urétrale est passée, et quand les lavages ne produisent plus qu'une très faible réaction, on peut apprendre au malade à se les

faire lui-même. C'est surtout utile en cas d'insuccès d'une série de lavages, pour ne pas rendre le traitement trop gênant ou trop coûteux pour le malade.

B. *Blennorrhagie aiguë et suraiguë.* Si l'urèthre antérieur seul est infecté, le succès est presque certain. Les lavages faits à doses très faibles, au plus 25 centigrammes pour 1000, deux fois par jour, arrivent à supprimer en quelques jours les symptômes inflammatoires. Si l'urètre postérieur est infecté, deux cas peuvent se présenter : ou bien le lavage complet se fait facilement, et alors tout ira bien, à condition de cocaïner soigneusement l'urètre et de ne recourir qu'à des doses très faibles, ou bien ces lavages sont impossibles, même après plusieurs jours de tentatives prudentes de pénétration. C'est dans ce dernier cas seulement qu'on est autorisé à laisser couler pour laisser passer la période inflammatoire, quitte à reprendre, alors avec succès, les tentatives de lavages complets, aussitôt que celle-ci commence à décroître.

Toutefois, si l'on voulait alors, sans trop attendre, tarir à toute force l'écoulement, on pourrait pratiquer les lavages avec une sonde fine de Nélaton, remplir ainsi la vessie du malade avec du permanganate à 25 centigrammes pour 1000, et le faire uriner seul ensuite. L'auteur n'a pas d'expérience de ce mode de traitement, qui réussirait probablement très bien, mais avec gros danger d'orchites et de prostatites : il ne pourrait guère être essayé que sur des malades condamnés au repos absolu.

En tout cas, ces traitements commencés en pleine période aiguë sont toujours très longs : ils peuvent durer plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois. On arrive rapidement à la cessation de toute inflammation urétrale et presque de tout écoulement ; il ne persiste guère qu'une goutte jaune le matin, mais, aussitôt que l'on cesse les lavages, la récidive se produit. Il faut alors apprendre au malade à se laver lui-même pour pousser le traitement aussi loin qu'il sera nécessaire, sans jamais laisser l'écoulement se rétablir.

C. *Blennorrhagie subaiguë ou ancienne à gonocoques.* C'est dans ces cas, comme du reste au début de la chaudepisse, que le traitement donne les plus beaux résultats. Bien entendu il ne vise que la disparition des gonocoques : si la blennorrhagie subaiguë est de date récente et si, avant elle, l'urètre n'était pas altéré par une infection précédente, on obtient, en même temps que la disparition du gonocoque, la guérison complète de tout écoulement ; si au contraire on s'attaque au gonocoque dans le cours d'une blennorrhagie chronique ancienne, les lésions que les gonocoques et les infections secondaires ont eu le temps de faire avant le traitement, persistent après

la disparition de ces microbes, et on est appelé ensuite à traiter un écoulement chronique sans gonocoque, souvent très rebelle, quelquefois incurable.

Ce traitement de la blennorrhagie subaiguë et ancienne à gonocoques consiste à faire une série de neuf à douze lavages de permanganate, quelquefois plus.

Ces lavages doivent toujours dans ces cas être complets, même si l'urètre postérieur ne semble pas infecté. Comme ces lavages complets n'ont aucun inconvénient et qu'ils se font sans difficulté, vu l'absence de toute inflammation, il est préférable d'y avoir recours dans tous les cas.

Comme doses, 25 centigrammes pour 1000 pour habituer l'urètre aux lavages puis rapidement 50 et 75 centigrammes pour 1000 et à la fin du traitement 1 p. 1000. L'auteur a pris le parti de faire toujours précéder le lavage d'une injection de cocaïne à 1/400. Ces injections ne présentent aucun inconvénient et rendent le lavage plus rapide.

Or, *il faut préférer des lavages rapides à doses fortes aux lavages lents à doses faibles*, quoique leurs réactions soient identiques.

On doit suivre à la fin du traitement les mêmes règles que celles exposées plus haut, espacer les deux derniers lavages de trente-six et de quarante-huit heures, et se tenir prêt à refaire quelques lavages au moindre symptôme de récidive.

Il est toujours difficile de savoir arrêter à temps les lavages de permanganate. L'auteur voudrait qu'on ne se fiât jamais à aucun chiffre préconçu : il est impossible de fixer une règle fixe à cet égard. La plupart des échecs qu'éprouvent ceux qui n'ont pas une grande habitude de ce traitement résultent de ce qu'ils s'en tiennent volontairement à une série de neuf ou douze lavages par exemple, en se croisant ensuite les bras pour attendre la guérison. Une récidive se produit et ils perdent confiance dans ce procédé, alors qu'un ou deux lavages de plus auraient peut-être assuré le succès. Il est infiniment préférable de prolonger sa première série que de s'exposer à en faire une seconde. En fait l'auteur ne constate plus guère de ces récidives : il ne cesse une série que quand il est pour ainsi dire convaincu que la récidive n'aura pas lieu. Tous ses malades sont ainsi guéris en une seule série plus ou moins longue, quelquefois très longue, il l'avoue, mais certainement en moins de temps qu'il n'en faudrait, si on s'exposait à traiter successivement plusieurs rechutes.

Les meilleurs symptômes qui le guident dans le choix du moment où il convient de cesser les lavages sont : naturellement la disparition des gonocoques dans la sécrétion, puis, après cette disparition, la cessation de la purulence et de l'aspect jaunâtre de la goutte matinale.

et enfin la diminution des démangeaisons urétrales. Il se préoccupe peu des filaments urétraux qui diminuent évidemment à mesure que le traitement progresse, mais qui peuvent persister après la disparition des gonocoques surtout dans les cas d'urétrites anciennes. La persistance d'une goutte muqueuse ou même muco-purulente blanche n'a pas grande importance dans ces cas et ne doit pas empêcher de cesser les lavages de permanganate.

Si dans ces cas d'urétrites subaiguës la série des lavages semble devoir se prolonger, il est parfaitement logique de laisser le malade faire lui-même ces lavages, après lui avoir appris à le faire dans de bonnes conditions d'asepsie. Les grands lavages entre les mains du malade sont certainement beaucoup moins dangereux qu'une simple injection urétrale.

Comment savoir que les sujets sont guéris? Les preuves de la guérison sont de deux ordres : une épreuve d'irritation par la bière et une épreuve d'évacuation qui est fournie par la première pollution que présente le malade après la cessation des lavages.

Il est bon de ne pas faire la preuve de bière avant huit jours, car l'auteur a vu des récidives spontanées se produire sept jonrs après le dernier lavage, et il est toujours préférable d'avoir à s'attaquer à une rechute spontanée qu'à une reprise de l'écoulement provoquée par un excès, toujours dans ce cas plus rapide et plus violente.

Pour que cette épreuve par la bière soit convaincante, il faut que le malade prenne le soir trois à quatre verres de bière, plus même si son estomac le permet et qu'il se fasse examiner le lendemain et même le surlendemain matin, car la rechute peut mettre quarante-huit heures à se produire.

Si pendant les huit jours qui ont précédé l'épreuve par la bière aucune pollution n'a eu lieu, il est bon d'attendre encore huit jours pour lui donner le temps de se produire.

Si ces deux preuves ne donnent lieu à aucune récidive, on peut affirmer la guérison du malade hormis les cas anciens, où il faut se tenir sur une grande réserve, multiplier les épreuves et surtout observer le malade pendant un temps suffisant, un mois ou deux, pour laisser les foyers extra-urétraux se manifester, s'ils existent.

Pour en revenir aux malades récemment traités, une fois leur guérison bien prouvée, il ne reste plus qu'à leur donner de bons conseils pour leur permettre d'éviter, autant que possible, une nouvelle infection. Il faut tout d'abord les prévenir que, pendant les deux mois qui suivent leur traitement, ils sont extraordinairement réceptifs et qu'ils prendront presque à coup sûr la chaudepisse s'ils fréquentent une femme qui en est atteinte

Si les malades récemment traités sont très accessibles pendant les

semaines qui suivent leur traitement à une nouvelle invasion gonococcique, ils sont également très accessibles aux infections secondaires que peuvent leur procurer les femmes les plus saines et qui même peuvent se déclarer chez eux spontanément. Ces infections secondaires se manifestent par des démangeaisons urétrales et par une goutte purulente, en général blanche, qui pourrait simuler à première vue un retour de l'infection gonococcique. Une préparation microscopique suffit à établir le diagnostic et un lavage de l'urètre antérieur au sublimé à 1/10000 suffit à obtenir la guérison. On le répétera aussi souvent que ces infections secondaires se reproduiront.

Indépendamment de toute infection, l'urètre récemment traité peut conserver après la disparition du gonocoque un écoulement muco-purulent plus ou moins abondant et même un écoulement purulent en cas d'ancienne blennorrhagie chronique. Si l'urétrite que l'on a traitée était relativement récente et si elle n'était précédée par aucun écoulement chronique, il est sage d'attendre la disparition spontanée de cet écoulement, qui en général ne se fait pas attendre. Si elle tarde plus de deux mois, on est autorisé à pratiquer deux fois par semaine un lavage antérieur et complet, suivant le cas, de nitrate d'argent à 50 centigrammes pour 1000. La guérison complète s'obtient ainsi en général assez rapidement.

En cas d'ancien écoulement chronique, il faut après la disparition des gonocoques recourir au traitement habituel de la blennorrhagie chronique par les lavages de nitrate d'argent, de sublimé, de sulfate de zinc, par la dilatation méthodique du canal ou enfin par les sondes à pommade.

Quelles sont les *causes de l'échec du traitement?*

Lorsque, en dépit des lavages, des gonocoques reparaissent frais et vigoureux, on peut en conclure qu'il existe un foyer que les lavages n'atteignent pas

Si l'on ne lave que l'urètre antérieur, il faut immédiatement soupçonner que l'urètre postérieur s'infecte, même si aucun trouble du deuxième verre ne l'indique. Si on lave les deux urètres, il faut conclure à l'existence d'un foyer extra-urétral et le rechercher, sous peine de prolonger indéfiniment le traitement et cela sans aucun résultat.

Ces foyers extra-urétraux sont de trois ordres :

1° Les foyers prostatiques;

2° Les foyers glandulaires de l'urètre antérieur;

3° Les cryptes et trajets para-urétraux congénitaux de la fosse naviculaire et du méat.

Pour rechercher les foyers gonococciques prostatiques, on fait uriner le malade dans deux verres, en lui recommandant de conserver

encore de l'urine dans la vessie. Cela fait, on exprime bien l'urine que peut encore retenir l'urètre antérieur et l'on masse méthodiquement la prostate par le rectum ; on voit alors apparaître au méat une goutte plus ou moins grosse ou plusieurs gouttes d'un liquide aqueux, non filant, blanchâtre ou blanc jaunâtre.

La recherche des foyers glandulaires de l'urètre antérieur se fait de même, mais en massant l'urètre antérieur au lieu de la prostate. Si par ce massage après miction on peut obtenir une goutte purulente à gonocoques, ou même sans gonocoques, il faut se méfier de l'infection des glandes urétrales et agir en conséquence.

Les cryptes ou trajets para-urétraux congénitaux se trouvent toujours au voisinage du méat. Ils sont surtout fréquents chez les hypospades. Ils sont constitués soit par une vaste lacune située à l'angle supérieur du méat, soit par divers trajets situés sur ses côtés. On peut en rencontrer jusqu'à huit sur le même sujet.

Le traitement des foyers prostatiques consiste simplement à faire un massage de la prostate avant chacun des lavages au permanganate.

Le traitement des foyers glandulaires urétraux se vidant dans l'urètre consiste à masser l'urètre antérieur avant chaque lavage pour les évacuer.

S'ils forment un abcès para-urétral ne se vidant pas dans l'urètre, il faut ouvrir largement ces abcès et abraser le plus possible de leur paroi.

Si ces abcès communiquent avec l'urètre il faut de même les ouvrir, abraser leur paroi, retrouver leur orifice urétral, y introduire une soie que l'on fait ressortir par le méat et laisser cette soie à demeure, en liant les deux chefs d'entrée et de sortie. Ce dispositif maintient béante la fistule et permet d'y faire passer le long de la soie le liquide des lavages. La fistule se ferme d'elle-même après la disparition des gonocoques. On active sa fermeture par une ou plusieurs cautérisations au galvano-cautère ou au thermo-cautère.

Quant aux cryptes et trajets para-urétraux, soit congénitaux, soit dus à l'ouverture à distance des abcès glandulaires péri-urétraux, il faut les inciser du côté de l'urètre, de manière à faire largement communiquer leur cavité avec la cavité urétrale.

Traitement de la blennorrhagie en cas de complications. 1° *Rétrécissement de l'urètre.* Un sujet atteint d'un rétrécissement de l'urètre peut être en même temps porteur de gonocoques anciens ou avoir contracté une infection gonococcique récente. Voici à quelle ligne de conduite on doit se tenir en pareil cas :

Si le rétrécissement est suffisamment large (15 Charrière et au-dessus) pour ne pas provoquer de rétention et pour ne pas risquer d'obstruer l'urètre sous l'influence congestive des lavages, il ne faut pas

s'en occuper et pratiquer la série de ces lavages comme s'il n'existait pas, en remettant à plus tard, après la disparition vérifiée des gonocoques, la dilatation nécessitée par le rétrécissement.

Si au contraire le rétrécissement est très étroit et s'il existe de la rétention vésicale, il ne serait pas prudent d'agir ainsi, car on s'exposerait à voir survenir une rétention complète par gonflement de l'urètre au point rétréci, sous l'influence des lavages; on est alors autorisé à pratiquer simultanément la dilatation et les lavages.

Pour cela, on fait d'abord uriner le malade : puis on fait un petit lavage complet à l'eau boriquée. On pratique ensuite la dilatation.

Cela fait, on fait uriner au malade l'eau boriquée que l'on avait introduite dans sa vessie; et l'on termine par un lavage complet au permanganate, en s'en tenant à la dose de 25 centigrammes pour 1000 au moins pendant les premières séances.

Quand on est arrivé au nº 18, on cesse la dilatation et on termine la série des lavages, en remettant à plus tard la suite de la dilatation.

En opérant de la sorte on évite tout danger de complication, en particulier l'orchite qui est très à craindre toutes les fois que l'on sonde sans grandes précautions d'antisepsie un malade porteur de gonocoques.

2° *Cystite.* La cystite blennorrhagique est un symptôme qui n'est pas toujours dû à la même cause. Elle peut résulter d'une simple irritation de la vessie par les produits solubles provenant de l'urètre postérieur; elle peut provenir aussi de l'extension à la paroi vésicale de l'inflammation de l'urètre postérieur, enfin elle peut être due à une véritable infection due à la pullulation d'un microbe secondaire, coli-bacilles ou coques divers. Le gonocoque lui-même se rencontre si rarement dans les cystites qu'on peut admettre en pratique qu'il ne peut cultiver dans la vessie.

L'immense majorité des cystites blennorrhagiques sont des cystites irritatives.

En pareil cas, le traitement est le même que celui de la blennorrhagie ordinaire, en ayant soin de s'en tenir au début aux doses faibles et de n'introduire dans la vessie que de petites quantités successives de liquide. Les lavages de permanganate, supprimant presque immédiatement les produits solubles dus à la culture gonococcique urétrale et l'inflammation qu'elles produisent, suppriment du même coup la réaction inflammatoire de la vessie.

Si au contraire la cystite est infectieuse, ce dont on se rend compte en retrouvant par l'analyse de l'urine d'innombrables microbes, colibacilles ou coques, le traitement par le permanganate, suffisant pour supprimer les gononoques urétraux, n'aurait que peu d'action sur les microbes secondaires contenus dans la vessie. On pourrait le prati-

quer néanmoins en remettant à plus tard la désinfection de la vessie par les sels d'argent, mais il est plus simple d'associer ces deux traitements en mélangeant dans la même solution la dose voulue de permanganate de potasse et et de nitrate d'argent ou de sublimé. Ces substances n'agissent que très peu l'une sur l'autre, surtout si l'on prépare la solution extemporanément et exercent leur action isolément : le permanganate de potasse sur les gononocoques urétraux, le nitrate d'argent ou le sublimé sur les microbes vésicaux.

Comme doses, Janet s'en tient généralement dans ce cas au permanganate à 25 centigrammes pour 1000 additionné de 25 centigrammes de nitrate d'argent ou de 5 centigrammes de sublimé.

On obtient ainsi une sédation rapide, quelquefois une guérison complète de l'infection vésicale. Si cette infection persiste après la disparition des gonocoques, on peut alors l'attaquer comme d'habitude par des lavages à la sonde avec le nitrate d'argent de 1/1000 à 1/500 ou par les instillations vésicales de 1 à 5 p. 100.

On peut aussi dans ce cas recourir exclusivement aux grands lavages d'itrol à 25 centigrammes pour 1000 qui agissent également bien sur l'infection gonococcique urétrale et sur l'infection secondaire vésicale sans être aussi douloureux que les lavages de nitrate d'argent.

Le protargol récemment préconisé par Neisser serait peut-être encore préférable.

3° *Orchite.* Les traumatismes causés par les lavages exagèrent plutôt la poussée congestive de l'épididyme; il est préférable dans ce cas de supprimer tout traitement urétral pendant la période aiguë de l'orchite. Cela n'a du reste aucun inconvénient, étant donné que l'état de l'urètre s'améliore toujours spontanément pendant cette période.

Une fois cette période aiguë passée, on commence les grands lavages de permanganate qui amènent alors une guérison très rapide de l'épididymite.

La conduite doit être la même en cas de prostatite.

4° *Rhumatisme blennorrhagique.* En présence des complications générales de la blennorrhagie : rhumatisme, endocardite, méningite, conjonctivite, le traitement urétral doit être pratiqué d'urgence, quel que soit le degré d'acuité de l'urétrite ou de ses complications. Si on a la chance de tomber sur un cas où ces complications générales sont dues aux toxines du gonocoque, et ces cas sont fréquents, on obtiendra par les lavages une guérison presque immédiate de tous les accidents généraux; si au contraire on tombe sur un cas de généralisation de l'infection gonococcique, le traitement n'aura aucune action. Il faudra néanmoins toujours pratiquer les lavages avec persévérance,

pour supprimer le foyer primitif de l'infection et les toxines qu'il produit et s'attaquer au foyer gonococcique extra-urétral, s'il est accessible, comme par exemple au niveau de la conjonctive ou même d'une articulation.

II. *Blennorrhagie chez la femme.*

Le traitement est encore plus compliqué que chez l'homme à cause des localisations nombreuses du gonocoque que présentent les organes féminins; ces localisations sont les suivantes : l'urètre, les glandes para-urétrales, les glandes de Bartholin, le vagin, le col utérin, le corps de l'utérus, les trompes.

C'est surtout immédiatement après les règles que la recherche des gonocoques dans tous ces foyers est fructueuse.

Le traitement des gonocoques utérins et salpyngiens présente de très grandes difficultés : mais il n'est pas de même des autres foyers, qui sont très faciles à désinfecter; or, heureusement, ces cas d'infections gonococciques localisées à l'urètre, aux glandes urétrales et vaginales et au vagin sont des plus fréquentes. Ce sont eux qui constituent la blennorrhagie des femmes prétendues saines qui donnent la chaudepisse : on les rencontre très fréquemment dans la clientèle particulière, bien plus fréquemment que dans la clientèle hospitalière, où les cas d'infections utérines et salpyngiennes sont beaucoup plus communs.

Le traitement de la blennorrhagie utéro-salpyngienne comporte de véritables interventions chirurgicales, dont la plus simple, le lavage intra-utérin, demande déjà de la prudence.

En général tous les foyers ne sont pas pris simultanément, on retrouve les gonocoques dans l'urètre et dans une ou plusieurs des glandes para-urétrales, ou dans l'urètre et une Bartholin par exemple, ou bien encore dans l'urètre, une ou plusieurs glandes para-urétrales et le vagin.

La méthode de traitement est, à peu de chose près, ce qu'elle est chez l'homme.

La malade étant assise sur le lit disposé pour l'examen gynécologique, on commence par laver soigneusement la vulve avec les tampons au sublimé, puis on fait une injection vaginale avec la moitié du litre de solution de permanganate de 1 p. 2000, en s'aidant de l'index de la main gauche, qui accompagne la canule dans le vagin, pour le déplisser et extraire les mucosités qui s'en dégagent.

Voilà pour le vagin.

Cela fait, on exprime avec les doigts le contenu des glandes urétrales ou de Bartholin infectées, et l'on injecte dans les glandes, avec la seringue armée de canules droites pour les glandes de Bartholin, la

même solution dont on a eu soin de réserver une partie dans un petit vase quelconque.

Voilà pour les foyers accessoires.

Enfin, on introduit la sonde de Nélaton graissée de glycérine dans l'urètre, on évacue l'urine vésicale, on lave la vessie, en se servant du syphon armé de la petite canule de verre qui s'adapte à la sonde, on laisse échapper par la sonde l'eau du lavage, puis on remplit une dernière fois la vessie de permanganate et sans la vider on retire la sonde, en continuant l'injection pour laver l'urètre à la sortie de la sonde.

Cela fait, la malade se lève et urine seule dans un vase la solution qu'on lui avait laissée dans la vessie.

Voilà pour l'urèthre.

Ce traitement doit être répété tous les jours, *même pendant la période menstruelle;* c'est faute de se conformer à cette règle primordiale que la plupart des traitements que l'on applique d'ordinaire à la blennorrhagie des femmes échouent misérablement. Les gonocoques abandonnés à eux-mêmes pendant les règles cultivent de plus belle et font perdre tout le terrain que l'on avait pu acquérir pendant la période intermenstruelle.

Le résultat de ce traitement est en général rapide, aussi rapide, sinon plus, que chez l'homme. Les lois qui président à la cessation du traitement sont les mêmes que celles exposées plus haut pour la blennorrhagie masculine.

Les épreuves pour vérifier la guérison sont les mêmes et sont surtout valables après les règles, qui favorisent toujours la repullulation des des gonocoques.

III. *Blennorrhagie chez les enfants.*

Nous avons longuement insisté, il y a peu de temps, dans la *Revue*, sur la vulvo-vaginite des petites filles, affection très commune et facile à soigner.

Les localisations du gonocoque chez les petites filles sont beaucoup moins nombreuses que chez la femme à cause du peu de développement des glandes utéro-vulvaires qui constituent la plus grande difficulté du traitement des femmes adultes.

Les foyers les plus fréquents sont, chez les petites filles, la vulve et le vagin, beaucoup plus rarement l'urètre et le rectum et très exceptionnellement l'utérus et les annexes.

Le diagnostic de l'infection vulvo-vaginale ne présente aucune difficulté. Celui de l'infection urétrale se fait de la façon suivante : on lave la vulve et le vagin à l'eau boriquée, puis on introduit par l'orifice

vaginal un explorateur olivaire de calibre approprié à tige résistante et grâce à cet explorateur on comprime l'urètre d'arrière en avant, on obtient ainsi une goutte urétrale si l'urètre est infecté. Il est bien entendu que l'on ne doit faire cette exploration que deux heures au moins après la dernière miction.

Le diagnostic de la blennorrhagie ano-rectale ne présente pas de difficultés.

Le diagnostic de la blennorrhagie utérine ne peut être fait qu'à l'endoscope.

Le traitement de ces diverses localisations est le même que celui des foyers homologues chez la femme, mais il nécessite des instruments plus petits. Celui que l'auteur préfère est une sonde de Nélaton à pavillon, très courte et très fine (5 centimètres de long, calibre 9 Charrière), percée seulement à son extrémité. Après avoir soigneusement lavé la vulve avec des tampons de coton imbibés de permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000, on remplit une seringue de la même solution. On arme son bec de la petite sonde, on graisse cette sonde avec un peu de glycérine, on l'introduit par l'orifice de l'hymen et on lave ainsi copieusement le vagin.

Tel est le traitement habituel de la vulvo-vaginite des petites filles. Au début de la blennorrhagie il doit être répété deux fois par jour, plus tard une seule fois. Il est si simple qu'on peut le confier à une personne de l'entourage de l'enfant.

Quand on soupçonne que l'on approche de la guérison, on écarte de plus en plus les lavages, puis on met l'enfant en observation, en se tenant prêt à combattre les rechutes, qui sont du reste fréquentes, dès leur apparition.

Dans les autres cas, le traitement est plus difficile et ne peut être fait que par le médecin.

Il existe quelquefois chez les petites filles des diverticules muqueux para-urétraux assez profonds qui doivent être lavés spécialement avec une petite seringue armée d'une canule métallique fine.

Si l'urètre est infecté, après avoir lavé la vulve et le vagin, on introduit dans l'urètre une nouvelle sonde de Nélaton, pareille à celle qui a servi à laver le vagin ; on évacue l'urine vésicale, et on la remplace par la solution de permanganate à 25 centigrammes pour 1000 injectée par la seringue. On retire la sonde en continuant à injecter pendant la traversée urétrale : on seringue ensuite l'orifice urétral bien entr'ouvert et on fait uriner à l'enfant le permanganate injecté précédemment dans la vessie. Il est prudent de ne répéter cette opération qu'une fois par jour et de la cesser aussitôt que l'urètre semble désinfecté, car il se désinfecte beaucoup plus vite que la vulve

et le vagin et ne se réinfectera pas, si l'on a le soin de faire laver plusieurs fois par jour la vulve et le vagin avec le permanganate à 50 centigrammes pour 1000. Cette dernière précaution est du reste utile dans tous les cas, même dans la simple vulvo-vaginite.

Le traitement de la blennorrhagie ano-rectale consiste à laver l'anus avec des tampons de coton imbibés de permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000, puis à injecter dans le rectum avec une grosse sonde de Nélaton courte une cinquantaine de grammes de la même solution que l'enfant évacue immédiatement après par défécation. Ce traitement est répété une fois par jour. L.

—

DE L'ADMINISTRATION DE QUELQUES MÉDICAMENTS PENDANT LA GROSSESSE.

Il va sans dire, fait observer le dr Boissard dans le *Journal des Praticiens*, que les différents *emménagogues* (rue, sabine, armoise, apiol) seront bannis de l'arsenal thérapeutique, non seulement chez les enceintes, mais surtout chez les femmes où l'on soupçonne la possibilité d'un début de grossesse.

Le *sulfate de quinine* et le *salicylate de soude* ont été considérés à tort comme des médicaments abortifs; on ne devra pas se priver de leurs services, en cas d'impaludisme ou de rhumatisme articulaire aigu. Seul le *seigle ergoté* sera rejeté, même en cas d'hémorragies pendant la grossesse.

Les médicaments stupéfiants *analgésiques* ou *anesthésiques* peuvent être administrés sans crainte; le *laudanum*, en particulier, est admirablement bien supporté par les femmes enceintes qui, en cas de menaces d'avortement, peuvent en prendre jusqu'à cent gouttes, en quatre fois, dans les vingt-quatre heures, en lavement.

D'une façon générale, si l'on doit bannir de la pratique l'emploi des *purgatifs drastiques* (eau-de-vie allemande) et des pilules qui renferment de l'*aloès*, il y aura tout avantage à entretenir un bon et régulier fonctionnement de l'intestin par l'*huile de ricin*, le *cascara*, le *séné*.

L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 26 mars 1898.

1. Rapport verbal de M. Rommelaere sur les travaux manuscrits soumis à l'Académie par M. le dr Cardamatis, à Bruxelles.

M. Rommelaere propose de déposer ces travaux aux archives. — Adopté.

2. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du mémoire soumis à l'Académie par M. le dr E Hertoghe, à Anvers, intitulé : *Végétations adénoïdes et myxœdème.* — M. Rommelaere, Rapporteur.

Le mémoire que M. Hertoghe a soumis à l'Académie et que vous avez renvoyé, dit le Rapporteur, à l'examen d'une Commission composée de MM. Debaisieux et Rommelaere, est une nouvelle contribution à l'histoire d'une affection au sujet de laquelle il nous a déjà communiqué des travaux.

Deux propositions principales sont formulées dans le mémoire de M. Hertoghe : la première, c'est que les végétations adénoïdes sont un symptôme constant du myxœdème des enfants et aussi des adultes ; la deuxième, c'est que tous les adénoïdiens sont, en réalité, atteints de myxœdème, ou tout au moins qu'ils ont des tares héréditaires de myxœdème.

Les deux propositions relèvent de l'observation clinique ; leur interprétation est du ressort de la critique scientifique et nous paraît sujette à des réserves dont l'auteur, selon nous, ne tient pas suffisamment compte. Il invoque des faits à l'appui de la constance des lésions adénoïdiennes nasales et du myxœdème, en négligeant les cas dans lesquels le myxœdème existe sans les lésions nasales ; il se borne à déclarer que ces cas n'existent pas.

A l'appui de la deuxième proposition qu'il formule, il invoque deux ordres d'arguments : des raisons d'ordre général et des raisons plus particulières.

Il trouve les premières dans des considérations de pathologie générale relatives à l'âge, aux tares héréditaires, à l'état de la fonction ovarique.

Les secondes raisons, qui serrent, dit-il, le problème de plus près, sont empruntées à la clinique ; il rapporte trois cas, auxquels, dit-il, il pourrait ajouter beaucoup de cas analogues et dans lesquels il a pu constater la coexistence des lésions adénoïdes du nez et des antécédents personnels ou héréditaires du myxœdème.

Il joint comme annexe à son mémoire trois planches relatant les caractères objectifs rencontrés chez un nain qui présentait à la fois les lésions du myxœdème, du rachitisme et des adénoïdiens. Ces planches reproduisent des caractères bien connus et n'offrent pas d'intérêt.

L'analyse du travail de M. Hertoghe permet à l'Académie de se rendre compte des idées développées par l'auteur. Celui-ci attribue à l'insuffisance thyroïdienne une importance plus grande que celle qu'on lui accorde généralement. Votre Commission estime qu'il y a lieu de faire des réserves sur l'interprétation un peu trop extensive qu'il accorde à ce facteur. Mais elle reconnaît que le mémoire a un mérite réel et, à ce titre, elle vous propose de voter des remerciements à l'auteur et d'imprimer son travail dans le *Bulletin*.

— Ces conclusions sont adoptées.

3. Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du

travail de M. le d^r^ C. Moreau, chef de service chirurgical à l'hôpital civil de Charleroi, intitulé : *Coup d'œil rétrospectif sur les résultats de l'opération d'Estlander et sur ceux de l'urétrectomie, suivi de la relation de quatre opérations sur l'intestin.* — M. Deneffe, Rapporteur.

M. Deneffe, au nom d'une Commission, fait rapport sur le travail de M. le d^r^ Moreau, de Charleroi, qui expose le résultat de deux opérations d'Estlander, pratiquées en 1891 et 1893. L'opéré de 1893 est mort de consomption pulmonaire, sans que sa fistule se rouvrît. Chez l'opéré de 1891, la fistule se rouvrît en 1898 sous l'influence d'une pleurésie purulente ; elle se referma rapidement, le malade guérit, mais la cage thoracique reste déformée et le poumon profondément altéré. Ces deux observations montrent que l'opération d'Estlander guérit des fistules autrefois intarissables, mais qu'elle reste sans action sur les lésions pulmonaires et pleurales.

M. Moreau donne des renseignements sur deux opérations d'urétrectomie partielle pratiquées par lui, il y a plus d'un an, sur un enfant de 7 1/2 ans et un adulte de 37 ans, tombés tous deux à califourchon sur une barre de fer. Les résultats de ces opérations sont excellents : le canal laisse facilement passer une grosse sonde et toutes les fonctions uro-génitales s'accomplissent normalement.

M. Moreau expose enfin les résultats de quatre opérations faites sur l'intestin pour la guérison d'anus contre nature au nombre de deux. L'abdomen fut ouvert dans les deux cas et la guérison fut rapidement obtenue dans l'un des cas par entérorraphie latérale, dans l'autre par entérotomie intrapéritonéale. Dans deux autres circonstances, M. Moreau eut à traiter des hernies inguinales étranglées avec gangrène de l'intestin. Il réséqua les portions gangrénées et réunit les bouts intestinaux une fois par suture, une fois par le bouton de Murphy. La suture céda et le malade mourut d'un épanchement dans le péritoine. La réunion obtenue par le bouton de Murphy tint bon et le malade guérit ; il rendit le bouton avec les selles trois mois après l'opération.

M. Deneffe établit que le bouton de Murphy n'est qu'un perfectionnement des anneaux imaginés dans le même but, avant 1851 par le chirurgien français Denans. L'idée de réunir les bouts d'un intestin divisé au moyen d'un appareil métallique provoquant l'adossement des séreuses appartient à la chirurgie française et non pas à la chirurgie américaine comme on le croit.

Le Rapporteur propose d'adresser des remerciements à l'auteur et d'imprimer son travail dans le *Bulletin*.

— Ces conclusions sont adoptées.

4. Rapport de la Commission chargée d'examiner le mémoire soumis à l'Académie par M. le d^r^ Van Ysendyck, assistant au sanatorium de Hohenhonnef, portant pour titre : *Contribution à l'étude du mariage des tuberculeux.* M. Barella, Rapporteur.

Ce titre, dit M. Barella, n'est pas tout à fait exact : tuberculose et mariage ne riment pas ensemble. Toutefois, il ne s'agit que de l'époque à laquelle un médecin peut permettre le mariage à un tuber-

-culeux guéri, c'est-à dire à un tuberculeux arrivé à une guérison relative ou à l'état stationnaire. Daremberg a fixé le délai d'attente à cinq ou six ans ; l'auteur ne se prononce pas.

Pour la phtisie, la guérison n'est souvent qu'une amélioration considérable dans l'état général ou l'état stationnaire, un point d'arrêt plus ou moins prolongé dans l'évolution ultime. Ce n'est pas là ce qu'on appelle d'habitude guérison, mais c'est déjà quelque chose, puisqu'il s'agit d'une affection qui ne pardonne guère.

Le Rapporteur présente quelques considérations sur le traitement de la phtisie pulmonaire. Ce traitement a été d'abord médical et palliatif. Il a été ensuite anti-bacillaire. On a cherché à détruire le bacille dans la profondeur des organes par toute sorte d'agents qui ont été plus nuisibles au porteur de bacilles qu'à ceux-ci, plus macrobicides que microbicides. Le bacille n'est, du reste, pas tout ; ce n'est que la graine. Aujourd'hui on en est revenu de ces idées et l'on est généralement d'accord qu'il faut chercher le salut, si tant est qu'on puisse l'espérer, dans un traitement hygiénique. Ici, deux voies se présentent : l'ancienne, la cure dans le Midi, l'hiver dans le Midi, de préférence sur une place marine et dans le voisinage d'une forêt d'arbres résineux, espèce de goudronnière naturelle ; le reconde, plus récente, c'est la cure d'altitude (hypsiatrie), à Davos, Falkenstein, etc. Il peut paraître étrange que l'air des altitudes, air raréfié, soit mis en parallèle avec l'air marin, air condensé, plus ou moins comprimé. Mais dans les deux cas l'air agit surtout par sa pureté, et ce caractère commun rapproche l'air des montagnes et l'air marin. Toutefois, le déplacement, quel qu'il soit, n'est à conseiller que tout à fait au début de la tuberculose et, mieux encore, lorsqu'il n'y a pas encore de tuberculose, lorsque celle-ci n'existe qu'à l'état de menace ou de soupçon chez un héréditaire affaibli, chez un tuberculisable.

A propos de la cure d'altitude, le Rapporteur appelle l'attention sur l'observation si sage de Lombard, que « l'immunité chez les montagnards résulte de l'*effet séculaire* de leur climat qui, peu à peu, a constitué une hérédité et une *race* qui porte l'immunité en elle ». Le nouveau venu sur la montagne n'est pas dans ces conditions d'hérédité, il n'a plus rien à attendre de l'immunité des lieux, surtout s'il est déjà contaminé.

Le Rapporteur dit un mot des deux tuberculines et de l'oxytuberculine de Heyfelder, de San Francisco. Il ne croit à aucun de ces agents et il rapporte, à ce sujet, le témoignage de Roux pour l'oxytuberculine, de Huber et de Burghart en Allemagne et de Bouchard en France, pour la tuberculine TR. M. Barella ne croit pas à la possibilité de trouver une vaccine préventive de la tuberculose, par la raison qu'il n'y a pas de tuberculose, qu'il n'y a que des tubercnleux, et que le bon sens nous dit qu'on ne prévient pas en un tour de main une affection chronique qui n'est souvent que l'aboutissant de désordres antérieurs ayant laissé leurs ruines et préparé pendant des années le terrain à l'ensemencement de la graine, à l'évolution morbide. Assure-t-on, dit-il, sa maison contre l'incendie, alors qu'elle est brûlée !

M. Barella s'occupe ensuite des observations présentées par M.

Van Ysendyck, sous forme de tableaux synoptiques. Il expose les conditions de durée réclamées par cet auteur pour la cure d'air. Il constate que ses observations ont un caractère de franchise et de loyauté scientifiques auquel il rend hommage.

Il examine ensuite avec lui la question de l'hérédité de la tuberculose, et il est d'avis que l'hérédité du terrain joue le principal rôle dans la transmission.

« Nous n'hésitons pas — dit le Rapporteur, au nom de notre co-commissaire M. Janssens et au mien, — à proposer l'impression du mémoire de M. Van Ysendyck. Ainsi sera posée devant l'Académie la question du traitement de la phtisie pulmonaire par le sanatorium. Ce mémoire est, est reste, surtout un exposé de faits, dont chacun mérite d'être étudié attentivement. Il soulève une masse de questions, pas toutes nouvelles, mais toutes intéressantes. Enfin cette œuvre est une œuvre de foi et de bonne foi, et en médecine il faut toujours espérer, même contre l'espérance. »

— La conclusion du rapport est adoptée.

De l'importance des thromboses vasculaires en pathogénie générale ; par M. Venneman, Correspondant.

En examinant au microscope les nombreuses pièces pathologiques que lui fournit sa clinique ophtalmologique. M. Venneman a acquis la conviction que les thromboses hyalines ou granuleuses des vaisseaux de moyen et de petit calibre, tant sanguins que lymphatiques, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense. Elles se retrouvent partout où pendant la vie a existé une infection ou une intoxication locale du sang ou de la lymphe, avec, peut-être, un certain degré de ralentissement du courant. Le ralentissement de la circulation peut localiser en certains points d'élection les effets de l'infection ou de l'intoxication générale du sang. D'où, par exemple, la fréquence du glaucome hémorragique, toujours précédé de thrombose de la veine centrale de la rétine. La formation pariétale du thrombus en manchon creux et le dépôt de la fibrine dans les coudes des vaisseaux prouvent également l'influence du ralentissement de la circulation. Il en est de même pour l'existence des leucocytes, figés sur place, lors de la prise en gelée du plasma sanguin, dans la zone pariétale du thrombus, zone qui correspond à la zone plasmatique périphérique des vaisseaux à circulation ralentie.

Contrairement à l'opinion généralement admise, il ne faut, pour la formation des thromboses hyalines, ni sclérose de la tunique interne, ni inflammation aiguë de toute la paroi du vaisseau, ni ralentissement extrême de la circulation par marasme, sénilité ou agonie.

L'endothélium seul marque quelque activité vitale exagérée d'ordre pathologique : fragilité du corps cellulaire (boules carcodiques), gonflement et division du noyau.

La lésion vasculaire est donc d'origine interne et part du liquide nourricier lui-même. C'est le sang ou la lymphe qui renferme le principe irritant qui enflamme l'endothélium et rend la fibrine plus précipitable. Ce principe à la fois phlogogène et coagulant du plasma

sanguin ou lymphatique est rarement un microbe. Il faut penser plutôt aux toxines microbiennes et peut-être à certaines antitoxines. Les poisons de la vie anomale de la cellule humaine concourent également et de la même façon à adultérer la *crase* du sang.

A côté des thromboses sanguines et lymphatiques existent les lésions anatomiques correspondant à l'oblitération plus ou moins complète des vaisseaux : dégénérescence, nécrose, hémorragies interstitielles, etc., etc. Ces constatations anatomiques suffisent pour établir l'existence des thromboses pendant la vie. M. Venneman a vu aussi ces thromboses complètes et incomplètes dans la rétine à l'examen ophtalmoscopique de l'œil vivant, et il a pu, à l'occasion d'énucléations devenues nécessaires, établir, par l'autopsie des globes enlevés, le bien-fondé de ses observations.

Ce qui existe si fréquemment dans les pièces pathologiques de la région orbitaire doit exister aussi dans toutes les autres régions du corps. Ainsi M. Venneman avance que les ecchymoses et les hémorragies interstitielles de partout sont dues avant tout à des thromboses de veinules. Les sarcomes, particulièrement les sarcomes mélaniques, présentent de nombreuses thromboses, Les cellules géantes des tumeurs tuberculeuses ne sont que des vaisseaux thrombosés, et leur couronne de noyaux périphériques est constituée par la prolifération active de noyaux endothéliaux. Bien des maladies des centres trouvent leur cause dans des thromboses de petit calibre, comme les affections analogues de la rétine

En terminant, M. Venneman insiste sur l'importance des recherches à entreprendre pour étudier la cause première de cette plasticité anomale de nos liquides nourriciers, afin de pouvoir la combattre avantageusement par le régime et des médications appropriées. Il a songé à l'opothérapie et administré le foie avec quelque succès.

— Cette communication sera insérée au *Bulletin*.

Un deuxième cas de résection du ganglion de Gasser, opéré avec succès par le procédé de Krause ; présentation de l'opérée ; par M. le d^r A. Depage, chirurgien des hôpitaux de Bruxelles.

La malade qui fait le sujet de l'observation est une femme de 51 ans, qui souffre depuis vingt ans de névralgies atroces du trijumeau. Tous les traitements employés sont restés sans succès ; de même, la résection des filets périphériques du nerf n'a donné qu'un résultat momentané. Une intervention plus radicale s'imposait. Je pratiquai, dit M. Depage, la résection du ganglion de Gasser par la méthode de Krause que j'ai décrite dans ma première communication.

Ce qui fait l'intérêt de l'observation, d'après l'auteur, c'est d'abord la difficulté de l'opération en raison de la forme du crâne ; c'est ensuite la persistance après l'opération de la sensibilité du globe oculaire ; enfin, la paralysie momentanée et consécutive de l'oculomoteur commun.

Actuellement, la malade est guérie ; il ne persiste plus qu'une légère diplopie ; quant à ses névralgies, elles n'ont pas reparu depuis l'opération.

— L'Académie décide, à l'unanimité, que le travail de M. Depage sera imprimé dans le *Bulletin*.

L'Académie se constitue en comité secret à deux heures.

1. Discussion du rapport de la Commission à laquelle a été renvoyée la question, soulevée par M. le Ministre de l'agriculture et des travaux publics, relative aux eaux minérales. — M. Depaire, Rapporteur.

MM. Rommelaere, Crocq, Van Bastelaer, Masoin, Deneffe, Hayoit de Termicourt, Kuborn, Barella et M. le Président prennent la parole.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2. Discussion du rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours pour le prix Alvarenga. -- M. Hubert, Rapporteur.

Les conclusions du rapport sont adoptées. Elles consistent à décerner le prix au mémoire nº 2, portant pour devise : « La prétention d'être complet n'est qu'une pure illusion en physiologie et en médecine, » et à l'imprimer dans le recueil des *Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie*, collection in 8°.

M. le Président ouvre le pli cacheté joint au mémoire auquel le prix est accordé et constate que ce travail est l'œuvre de M. le dr Paul Masoin, assistant à l'Université de Gand, déjà lauréat de la Compagnie.

En conséquence, le prix Alvarenga lui est décerné et son travail sera imprimé dans le recueil des *Mémoires* in-8°.

3. Discussion du rapport de la troisième Section sur les candidats présentés pour le titre de Membre titulaire vacant dans cette Section, par suite du décès de M. Deroubaix. — M. Hubert, Rapporteur.

— La discussion est close.

L'élection aura lieu dans le comité secret de la prochaine séance. Candidats MM. Delstanche et Venneman.

VARIÉTÉS.

Stérilité et gonorrhée. — Le Dr Vedeler a examiné 310 femmes stériles et constaté que la gonorrhée était sans contredit la cause la plus fréquente de leur stérilité. La moyenne du nombre d'années de mariage était de trois, le minimum une année entière, et 72 de ces femmes étaient mariées depuis plus de dix ans. Vedeler put examiner l'urètre de 50 sujets parmi les maris de ces femmes et constata que sur ce nombre 38 avaient eu de la gonorrhée, et que 34 avaient infecté leurs femmes. Il part de ces chiffres pour admettre que 235 sur 310 de ces maris, ont eu vraisemblablement cette maladie et que 210 environ ont dû infecter leurs femmes. Afin que ce calcul ne puisse pas sembler hypothétique, Vedeler examina encore 198 des femmes chez les maris desquelles il n'avait pu déterminer d'une façon suffisante l'état de santé réel, et il put constater que ces femmes avaient toutes souffert d'inflammations locales, de la même nature que les 34 qui avaient été infectées d'une manière certaine par leurs maris.

UN CAS D'AFFECTION RÉNALE SINGULIÈRE, SUITE DE GROSSESSE.

Dans une leçon sur les hématuries, que nous avons analysée dans la *Revue médicale* (mai 1897), le prof. Guyon a cité des cas où l'influence de la grossesse et de l'allaitement sur la production d'hémorragies rénales avait été évidente, et attiré l'attention sur cette cause, plus fréquente peut-être, disait-il, qu'on ne le suppose, d'hématuries dites essentielles.

J'ai trouvé dans cette observation l'explication d'un cas qui était resté pour moi jusqu'alors très énigmatique :

Le 16 août 1896, je fus appelé à voir avec M. le Dr Mathy, de Louvain, une dame D..., agée de 30 ans, mère de deux enfants, qui souffrait d'atroces douleurs dans la région rénale droite.

L'affection avait débuté en pleine santé, sans cause apparente, huit jours auparavant, par une forte hématurie.

Les douleurs étaient atroces, intolérables, occupant en permanence la région du rein droit et prenant par intervalles les caractères classiques de la colique néphrétique ; les injections de morphine, dont il avait fallu user largement, ne procuraient qu'un soulagement passager.

L'hyperesthésie excessive de la région rénale rendait vaine toute tentative de palper.

Les urines étaient redevenues claires, ne renfermaient ni albumine ni sucre, et, à part des traces de sang révélées par le microscope, étaient normales. Il n'y avait pas d'élévation de la température ni de symptômes généraux, sauf ceux relevant de la douleur.

La modalité et l'acuité de la douleur faisaient songer d'emblée à un calcul du rein ; la brusquerie du début était cependant un signe déconcertant : généralement, avant de se manifester par des symptômes aussi violents, les calculs du rein provoquent pendant longtemps des douleurs fugaces, de la sensibilité de la région, ce qui, dans l'espèce, avait fait défaut ; peut-être un calcul, formé insidieusement dans un des calices, s'était-il subitement détaché et engagé dans l'uretère.

Après quelques hésitations, c'est le diagnostic auquel nous nous arrêtâmes et, les phénomènes douloureux allant s'accentuant, nous eûmes recours à l'intervention chirurgicale huit jours plus tard.

L'incision lombaire m'amena facilement sur le rein, qui débordait le rebord costal de 6 à 7 centimètres, était au moins doublé de volume, d'une teinte bleu foncé, presque noire ; après l'avoir isolé, puis entraîné à l'extérieur, je l'incisai dans toute l'étendue du bord convexe, comme pour l'opération de la néphrolithotomie, mais, sauf l'aspect de la congestion ou de la stase veineuse du parenchyme, je n'y découvris aucune lésion, notamment pas de calcul dans le bassinet ; l'uretère, que je cathétérisai, était perméable dans toute sa longueur.

Je n'eus plus qu'à suturer l'organe, à le réintégrer dans sa loge et à fermer la plaie des parties molles.

Les suites opératoires furent simples et, à dater de l'intervention, les douleurs cessèrent comme par enchantement et ne reparurent plus.

Néanmoins la déconvenue, que j'avais éprouvée de ne trouver ni calcul, ni autre lésion, avait été grande.

Deux mois plus tard, M[me] D... vint m'apprendre et je pus effectivement constater qu'elle était enceinte et que la grossesse, comme elle l'affirmait et comme le prouvait le volume de l'utérus, était antérieure à l'opération. Elle ne s'était à ce moment nullement doutée de la chose mais, d'après des souvenirs bien précis et absolument sûrs, le mari ne faisant que des apparitions assez éloignées, elle fixait le moment de la conception à une huitaine de jours avant l'apparition de l'hématurie.

Elle me demanda elle-même s'il n'y avait pas une relation entre la grossesse qui venait de se révéler et les phénomènes rénaux qui avaient motivé l'intervention, et, quoique ne sachant rien de pareils faits, je me ralliai à cette idée, à défaut de meilleure explication.

Tout naturellement, la leçon du prof. Guyon rappelée plus haut m'a confirmé dans cette opinion.

Quelle était la nature de l'affection chez mon opérée ?

Ainsi que je l'ai indiqué, le rein était congestionné, doublé de volume, mais reste à savoir par quel mécanisme se produit la congestion d'un rein sous l'influence de la grossesse. Guyon n'a pas essayé d'élucider la question, et le champ est libre pour toutes les hypothèses : il sera facile entre autres d'invoquer une action réflexe.

Je n'ai pas besoin de dire que les faits de retentissement de la

grossesse sur le rein, auxquels j'ai fait allusion dans cet article, diffèrent totalement des cas de néphrite albumineuse, observés si fréquemment et généralement attribués à une compression de l'uretère par l'utérus gravide ; chez ma malade, on ne pouvait à coup sûr faire intervenir la compression huit jours après la conception.

J'ajouterai que les symptômes rénaux n'ont plus reparu après l'opération et que la santé est restée excellente, mais aussi je dois ajouter que la grossesse a été supprimée accidentellement trois mois après l'intervention.

J'ai apporté ce fait comme une contribution à l'histoire incomplète, qu'on est en train de fouiller, des hématuries et des névralgies rénales sans cause connue.

En présence de phénomènes de ce genre à interprétation obscure, il faudra songer à la possibilité d'une grossesse.

J'insisterai, en terminant, sur l'influence merveilleuse du débridement de la capsule et de l'incision du parenchyme rénal sur la congestion rénale et les douleurs.

C'est un phénomène du reste bien établi, qui légitime l'intervention chirurgicale dans les affections rénales obscures où l'hématurie ou les douleurs sont les symptômes prédominants, et qui fait pardonner facilement une erreur de diagnostic.

D[r] DANDOIS.

ÉTUDE SUR LES NÉVROSES TRAUMATIQUES.

(Suite).

SYMPTOMATOLOGIE.

On est généralement d'accord pour admettre, qu'à l'exception d'un nombre peu considérable de cas, où le traumatisme a provoqué un ébranlement violent du crâne, les états morbides désignés jusqu'ici sous la dénomination de névroses traumatiques doivent être mis sur la même rang que les affections hypochondriaques, neurasthéniques et hystériques. On peut donc s'attendre à rencontrer des troubles nerveux identiques chez des individus n'ayant jamais éprouvé de traumatisme, et dès lors *il n'existe pas de symptômes pathognomoniques* de ces affections.

Il existe cependant quelques phénomènes qui, en raison de la signification spéciale que leur ont attribuée certains observateurs, méritent un examen. Après des recherches prolongées dans le domaine de la névrose traumatique et des controverses suscitées sur le même sujet au sein des congrès, les neurologues allemands étaient parvenus à s'entendre sur un ensemble symptomatique permettant d'identifier avec une approximation suffisante les troubles nerveux survenant après les traumatismes. On avait décoré ce complexus symptomatique de la désignation de : *symptômes objectifs de la névrose traumatique*, leur existence nous étant révélée par nos moyens d'investigation, par opposition aux symptômes *subjectifs* que le malade seul peut constater et signaler.

Ce sont : une modification plus ou moins considérable du moral dans une direction hypochondriaque ; des troubles de la sensibilité générale, et des organes des sens, spécialement le rétrécissement concentrique du champ visuel; des troubles de la motilité et des réflexes; des manifestations vasomotrices et sécrétoires ; certaines anomalies de l'innervation cardiaque et respiratoire.

Strümpell a fait certaines réserves touchant le caractère *d'objectivité* donné à ces symptômes, parce qu'ils ne dépendent pas d'une lésion organique du système nerveux. Il est évident, comme le fait remarquer Oppenheim, que Strümpell confond ici les symptômes *objectifs* avec les symptômes *des affections organiques*. Or, on ne peut s'arrêter à l'idée que le professeur d'Erlangen se refuse d'admettre l'existence de symptômes objectifs dans les affections n'ayant aucune base organique, telles que l'hystérie et les névroses en général.

Il est incontestable que, dans la connaissance que nous avons des symptômes objectifs, intervient un facteur *subjectif* appréciable ; par exemple : pour les anesthésies, nous devons nous fier aux données subjectives du patient en réponse à nos moyens d'investigation ; pour l'obstacle à la motilité, nous devons faire les mêmes réserves. Mais il nous appartient de réduire cet élément subjectif à son minimum par certaines précautions élémentaires dans l'examen de symptômes prêtant si facilement à l'exagération et à la simulation. Pour les troubles de l'innervation cardiaque, le facteur psychique intervient sous forme d'excitation, d'émotion provoquées par l'examen médical.

Les troubles de la respiration, l'excitation des réflexes comportent les mêmes restrictions. On peut même accorder que beaucoup de ces phénomènes ne naissent que par la suggestion produite par l'examen médical, sans pour cela rejeter leur caractère objectif, ni surtout, comme le fait Strümpell, leur dénier une valeur démonstrative ou redouter de les rechercher, par crainte de suggestionner le malade.

Leur recherche n'est pas sans utilité. Leur présence permet de conclure sans hésitation à l'existence d'un état pathologique, en supposant la simulation écartée. Leurs caractères spéciaux nous fournissent même une présomption des plus importantes en faveur de la nature *purement névrosique* des symptômes. Comment arriverions-nous à distinguer autrement les psychonévroses des états morbides organiques ? Il est possible que pour un clinicien de la valeur de Strümpell, « l'impression d'ensemble que produisent la plupart des malades par suite d'accident, l'expression de leurs traits, leur attitude, le caractère de leurs mouvements, leurs plaintes subjectives spéciales », suffisent pour « discerner au premier coup d'œil à quoi l'on a affaire ». (Strümpell, ouv. cité, p. II). Mais il faut songer que le professeur d'Erlangen se trouve en présence d'une catégorie spéciale de blessés « chez lesquels l'intensité des plaintes subjectives est en opposition évidente avec l'insignifiance, voire même le plus souvent avec l'absence complète de symptômes pathologiques objectivement démontrables. L'observation de ces cas offre les plus grandes difficultés au médecin. Aussi, c'est avec une fréquence particulière qu'on s'adresse aux cliniques universitaires pour l'examen de ces malades ».

S'il y avait des symptômes objectifs, les médecins n'auraient pas de peine à trancher le cas par eux-mêmes. Que les malades aient subi du chef des examens répétés auxquels ils ont été soumis une influence psychique particulière, des suggestions capables de modifier la physionomie morbide, c'est très probable ; cela nous permet même de comprendre pourquoi Strümpell attache si peu de valeur à la recherche de symptômes qui ne se présentent plus avec leur pureté primitive. Mais il n'en est pas de même pour la généralité des médecins. Appelés dès le début, ils assistent d'abord à l'évolution des lésions matérielles éventuelles et, si des symptômes nerveux se déclarent, ils les découvrent avec leurs caractères purs ; car les patients n'ont subi d'autre influence

suggestionnante que celle venant de leurs propres idées ou de leur entourage. Les médecins sont bien placés pour juger la part qui revient à l'une et à l'autre cause.

Prenons un exemple : Un ouvrier présente une impotence totale du bras gauche survenue à la suite d'une contusion violente de la région thoracique antérieure du même côté. La lésion primitive a évolué, sans que rien ait permis de supposer que les nerfs du bras aient été atteints par le traumatisme. L'impotence est due à un état de contracture, de raideur des muscles de la région scapulo-humérale et du bras en totalité. Cette impotence que nous croyons réelle, c'est-à-dire non simulée, peut dépendre uniquement de l'imagination du malade ou de la crainte de provoquer des manifestations douloureuses dans la région contusionnée par le déplacement du membre La pression de l'endroit contusionné provoque avec des manifestations douloureuses l'accélération des pulsations cardiaques et des mouvements respiratoires. L'émotion et la crainte permettent d'expliquer ces phénomènes, sans qu'on doive conclure à une modification plus profonde du système nerveux. Le membre supérieur gauche est froid, cyanosé. Les réactions électriques musculaires sont constamment normales. Il y a à peine un centimètre de différence dans le pourtour des deux bras mesuré près de l'aisselle. La sensibilité a subi des modifications considérables, par exemple, analgésie de tout le membre, insensibilité aux températures. Les troubles de la sensibilité affectent une délimitation circulaire vers la racine du bras, sans rapport avec la distribution des nerfs de cette région.

Il est évident que nous devons faire intervenir dans la production de ces phénomènes une modification profonde, d'ordre fonctionnel il est vrai, de la partie du système nerveux présidant à l'innervation de la région. Est-ce l'ébranlement de la région traumatisée qui a eu pour conséquence de modifier si profondément les fonctions des centres nerveux qui lui correspondent ? Sont-ce les idées hypochondriaques du sujet touchant les conséquences corporelles de l'accident qui ont sidéré, pour ainsi dire, les fonctions des cellules nerveuses ? Je serais tenté d'admettre la dernière hypothèse, car j'ai vu, sous l'influence d'un traitement où la suggestion dans le sens

du rétablissement complet a joué le plus grand rôle, ces différents symptômes rétrocéder, lentement il est vrai, mais au fur et à mesure que le patient récupérait l'espoir d'une guérison prochaine. Je ne veux pas m'arrêter à l'interprétation d'une influence psychique provenant de convoitises pécuniaires; car l'ouvrier en question, laborieux, sobre, père de famille, pouvant tout au plus espérer une indemnité représentant un tiers de son salaire journalier, indemnité qui lui était du reste assurée par une police-accidents, mais pour quelques mois seulement, a supporté avec courage pendant près de deux ans les privations les plus considérables, pour reprendre immédiatement le travail, dès que le rétablissement des fonctions du bras le lui a permis.

L'exemple cité me semble intéressant à un double point de vue: 1° parce qu'il démontre l'utilité de la recherche des symptômes objectifs de la névrose traumatique permettant de la différencier d'une affection organique ; 2° parce qu'il semble prouver par sa terminaison heureuse que le danger de rechercher ces symptômes, dans la crainte de fournir un aliment aux idées hypochondriaques du blessé, est peut-être exagéré. Du reste entre le danger de méconnaître par un examen superficiel une affection organique avec le préjudice considérable qui peut en résulter pour la victime de l'accident, et celui de provoquer par suggestion des manifestations morbides en faisant un examen minutieux, le médecin n'hésitera pas. Ce n'est pas la constatation de ces phénomènes qu'il faut redouter quand on connaît leur nature intime, mais bien leur interprétation erronée, tant pas le médecin que par le malade. Un médecin, fermement convaincu par un examen suivi et attentif de la nature psychique d'un symptôme, aura toujours assez d'énergie et de confiance en son intervention pour faire passer au malade et à son entourage ses propres convictions relatives à la curabilité et à la bénignité des troubles existants. Ainsi, s'exercera une suggestion diamétralement opposée à celle venant des idées hypochondriaques du patient et toute en faveur de son rétablissement.

Pour terminer l'étude de la symptomatologie des troubles nerveux, disons quelques mots des phénomènes *subjectifs*. Il en est, parmi eux, qui ne se trahissent que par les descriptions qu'en donne le

malade ; par exemple, les bourdonnements d'oreilles, les troubles de la vue tels que mouches volantes, la fatigue de tête, etc. D'autres arrivés à un certain degré se traduisent par des signes objectifs, par exemple, le vertige et surtout la *douleur*. Arrêtons-nous à cette dernière qui du reste occupe souvent le premier plan de la symptomatologie.

La douleur est un élément purement subjectif, mais, lorsqu'elle acquiert un certain degré d'intensité, elle finit par se manifester par des phènomènes dont la connaissance est d'autant plus importante que la douleur peut constituer, à elle seule, le reliquat d'un traumatisme ou d'un accident. Les manifestations de la douleur sont les unes réflexes, les autres sous l'empire de la volonté. Parmi ces dernières, les moins importantes à notre point de vue parce qu'elles peuvent être feintes, citons les contractions des muscles de la face, constituant la mimique. D'autres, sans être soustraites à la volonté, sont cependant plus difficiles à simuler, par exemple, les tremblements rapides survenant dans certains muscles sous l'empire de la douleur. Une troisième catégorie renferme des symptômes purement réflexes et essentiellement soustraits à la volonté du malade, tels que les irrégularités, les accélérations des pulsatians cardiaques, sous l'influence de la douleur provoquée par la pression d'un endroit endolori. Il en est de même pour les manifestations vasomotrices accompagnant la douleur.

L'absence de ces phénomènes ne permet pas cependant de rejeter l'existence de la douleur dans un cas donné, parce que ces manifestations sont variables de sujet à sujet. On ne pourra pas davantage croire à la simulation parce que certaines excitations violentes appliquées à un endroit atteint d'anesthésie ou plutôt d'analgésie provoquent certains réflexes cardiaques ou vasculaires sans amener de manifestations dans les organes dépendant du domaine de la volonté. Certaines irritations douloureuses peuvent ne pas remonter jusqu'à l'écorce cérébrale, où elles sont perçues, et produire des réflexes dans des centres moins élevés de l'axe cérébro-spinal, tout en échappant à la perception du sujet. Comme preuve de ce fait, on voit parfois dans l'anesthésie chloroformique la pupille se modifier à chaque impression douloureuse atteignant la peau.

Comme on le voit, le médecin n'est pas désarmé dans la recherche des symptômes constituant les névroses traumatiques : au même titre que dans les névroses similaires, il existe dans ces états morbides des symptômes susceptibles de démonstration objective mais dont la valeur dans un cas donné dépend de circonstances que l'œil critique du médecin exercé doit savoir démêler. Mais ce n'est pas encore là tout le rôle du médecin dans ces affections singulières, comme nous le verrons dans un dernier article. Dr E. LONCIN.

DE LA NATURE DE CERTAINES INTOXICATIONS ALIMENTAIRES.

La plupart de nos lecteurs se rappelleront que, à la fin de l'année 1895, des phénomènes graves d'intoxication éclatèrent, à Ellezelles, parmi les membres d'une société de musique qui avaient participé à un repas.

Atteints presque tous à des degrés divers, ils présentèrent des troubles visuels : ptosis, mydriase, diplopie, paralysie de l'accommodation, de la faiblesse musculaire générale, de la sécheresse et de la rougeur des muqueuses bucco-pharyngées, de la dysphagie, de la constipation, etc. ; ces symptômes durèrent plusieurs semaines. Trois malades succombèrent au bout de quelques jours ; une dizaine au moins se trouvèrent en danger de mort.

Les médecins attribuèrent ces accidents à un empoisonnement provoqué par l'ingestion d'une viande gâtée.

En effet, tous les musiciens, devenus malades, avaient mangé, vers la fin du banquet, une ou plusieurs portions de jambon crû auquel on avait trouvé mauvais goût ; aucun de ceux qui avaient laissé d'en prendre n'avait été indisposé.

Les personnes décédées et celles, qui furent gravement malades, avaient mangé environ 200 grammes du jambon suspect, plutôt des parties musculaires que du lard.

Elles furent prises des premiers symptômes assez tardivement, vingt à vingt-quatre heures, et même quelques-unes trente-huit heures seulement après le repas.

Le prof. Van Ermengem a fait, sur la viande incriminée et sur les organes d'un des sujets autopsiés, des recherches toxicologiques, bactériologiques et expérimentales, qui ont été consignées dans un remarquable travail intitulé : *Contribution à l'étude des intoxications alimentaires*, et qui ont abouti à des résultats précis, particulièrement dignes d'attention.

Nous extrayons de ce travail les données générales les plus importantes.

L'auteur a particulièrement insisté sur le fait que, parmi les accidents morbides, dus à l'ingestion d'aliments d'origine animale, il fallait distinguer deux groupes distincts ; l'un, bien défini, auquel il faudra réserver la dénomination de botulisme, l'autre, moins bien défini, comprenant les intoxications alimentaires banales.

Les troubles pathologiques, auxquels convient le nom de *botulisme*, ont été particulièrement observés, comme l'indique l'étymologie du mot, après l'usage de *certaines saucisses*, de gros *boudins de sang* et *de foie*, fabriqués dans le Wurtemberg et la Saxe. Ils ont encore été déterminés de temps en temps par des *viandes salées et fumées*, telles que du *jambon*, etc., des *conserves de viandes en boîtes*, obtenues par le procédé d'Appert, des *pâtés de gibier* recouverts de graisse, et surtout par du *poisson salé* (esturgeon, saumon, dont on fait une grande consommation en Russie), etc.

Les matières alimentaires, qui provoquent des accidents botuliniques, présentent généralement plusieurs particularités communes : ce sont des produits destinés à être consommés tardivement, après plusieurs semaines de conservation, et exposés, par leur mode de préparation, à devenir le siège de fermentations anaérobies. Frais, on a pu les ingérer sans le moindre inconvénient. Ils sont consommés généralement à l'état crû et n'ont jamais occasionné d'accidents, quand on les avait soumis au préalable à une cuisson plus ou moins complète. Enfin, il a été constaté fréquemment que certaines parties de leur masse n'étaient pas nuisibles et que d'autres, très limitées parfois, situées dans la profondeur, étaient douées au plus haut degré de propriétés pernicieuses.

Les altérations, qui rendent ces aliments si dangereux, n'ont rien de commun avec celles qui résultent de la putréfaction banale des albuminoïdes. Les caractères extérieurs de la décomposition putride font presque toujours défaut aux produits qui ont provoqué des accidents botuliniques des mieux caractérisés ; l'analyse chimique n'y a révélé jusqu'ici que des traces de ptomaïnes et l'examen bactériologique y démontre habituellement l'absence des microbes nombreux de la putréfaction.

Le botulisme, tel que l'entend l'auteur, diffère aussi très nettement des accidents consécutifs à l'ingestion de viandes de boucherie provenant d'animaux atteints au moment de l'abattage de certaines *maladies infectieuses*. Ces troubles morbides, désignés aussi arbitrairement sous le nom d'intoxications alimentaires et encore souvent confondus avec le botulisme, doivent former un groupe spécial.

Par sa cause, sa nature spécifique, autant que par l'ensemble des symptômes qui le caractérisent, le botulisme proprement dit se distingue des empoisonnements, dûs à des produits putrides, et des infections déterminées par les viandes malades.

La physionomie clinique du botulisme est propre et facilement diagnosticable ; ce sont des phénomènes nerveux d'origine centrale : troubles sécrétoires et paralysies motrices symétriques, partielles ou totales, siégeant principalement dans les groupes musculaires dépendant des nerfs craniens. De là, ses symptômes caractéristiques : la paralysie accommodatrice, la mydriase, le ptosis, la diplopie, l'aphonie, la dysphagie, la sécheresse et la rougeur des muqueuses bucco-pharyngées. la rétention d'urine, la constipation, etc.

Dans le botulisme vrai, les manifestations gastro-intestinales sont passagères, souvent nulles ou peu prononcées ; les symptômes nerveux, surtout visuels, toujours prédominants. Ils apparaissent 24 à 36 heures après l'ingestion des aliments. On ne constate pas d'état fébrile, aucun trouble de l'intelligence, ni de la sensibilité générale et la maladie aboutit assez souvent, dans 25 à 40 o/o des cas, à la mort par paralysie bulbaire, ou bien elle se prolonge pendant des semaines et des mois.

Les accidents, consécutifs à l'usage de viandes altérées par la putréfaction et ceux produits par les chairs d'animaux atteints de septicémies diverses, n'ont pas une symptomatologie aussi univoque ni aussi typique ; ils suivent généralement une marche aiguë et évoluent en quelques jours sous forme d'une atteinte de choléra nostras ou d'une gastro-entérite plus ou moins grave, avec phénomènes adynamiques ou ataxiques. Leur intensité varie beaucoup et souvent ils n'ont que l'apparence banale d'un simple catarrhe gastro-intestinal. Ces états pathologiques s'accompagnent de douleurs intestinales vives, de fièvre, d'albuminurie, de troubles des fonctions cérébrales et d'éruptions cutanées variées.

L'ophtalmoplégie externe et interne si persistante du botulisme, la rougeur et la sécheresse des premières voies, la dysphagie, l'aphonie, la constipation rebelle, etc. font défaut. Tout au plus, observe-t-on parfois une dilatation pupillaire passagère sans troubles de l'accommodation. L'entérite septique, dont il s'agit ici, est due à des espèces pathogènes diverses, parmi lesquelles un microbe très voisin du bacille typhique et appartenant au groupe des *coli-bacilles* occupe la première place. A côté de cette entérite d'origine infectieuse, il existe des états inflammatoires, peu graves généralement, des voies digestives d'origine toxique ; ils sont occasionnés par des *poisons microbiens* qui résistent à l'ébullition ; au contraire, le botulisme reconnaît pour cause

un poison déterminé par un microbe spécial, que l'auteur est parvenu à découvrir et auquel il a donné le nom de ***bacillus botulinus***.

La présence de ce microbe a été démontrée par lui dans le jambon, qui avait été le point de départ à Ellezelles des accidents à caractères botuliniques parfaitement accusés.

L'animal, qui avait fourni le jambon incriminé, paraissait sain et, à l'état frais, ses chairs avaient été mangées sans déterminer aucun accident. Il en était de même des viandes salées, du lard et d'un des jambons. Toutes ces viandes, conservées dans un même tonneau, ont pu être consommées, en partie à l'état crû, sans inconvénient.

La seule viande, à laquelle on ait reconnu des propriétés nuisibles, fut celle du jambon consommé dans le banquet indiqué ; l'enquête a établi que ce jambon était déposé au fond du tonneau et plongeait seul dans la saumure. Il offrait, par conséquent, les conditions voulues pour le développement du bacille anaérobie spécifique, qui en a été isolé.

La viande, qui a été l'origine de très graves accidents, dont quatre furent mortels, n'offrait aucun des caractères objectifs de la putréfaction ; elle avait l'apparence d'une chair saine, un peu décolorée par une macération prolongée ; son odeur n'était pas putride, mais elle avait un relent rance prononcé. Elle n'était pas envahie par les microbes qui abondent dans les substances animales décomposées, et l'analyse chimique n'a pu y retrouver que des quantités très minimes de ptomaïnes.

Le jambon, consommé impunément pendant plusieurs semaines et mangé encore à l'état crû quelques jours après les accidents déterminés, était, au contraire, manifestement envahi par un processus putride ; les germes habituels de pourriture y fourmillaient, mais les microbes anaérobies spécifiques du jambon suspect y faisaient absolument défaut.

Le bacillus botulinus, isolé du jambon et du reste aussi des organes d'un des sujets, est un microbe anaérobie bien spécifié, qui se rencontre sans doute, peu répandu, dans la nature, et dont les cultures contiennent une toxine très active ; les accidents botuliniques observés sont dus exclusivement à cette toxine élaborée par le microbe en dehors de l'économie, dans les milieux inertes où il a vécu en saprophyte ; le microbe lui-même est, en effet, incapable de proliférer chez les êtres vivants.

Le prof. Van Ermengem a formulé, comme conséquence de ses recherches, quelques règles d'hygiène pour la *prophylaxie* du botulisme. Les aliments conservés, qui sont plus particulièrement exposés aux fermentations anaérobies, ne devraient jamais être consommés à l'état de crudité, mais bouillis ou cuits convenablement.

Il faudrait, en tout cas, rejeter de la consommation tout produit de conserve dont l'odeur rance éveille le soupçon d'une fermentation suspecte. Il importe surtout de ne pas perdre de vue que les matières alimentaires, dont l'altération se dénonce par une odeur putride, ne sont pas les plus dangereuses, bien au contraire.

En ce qui concerne plus particulièrement les salaisons, il semble que l'emploi d'une saumure suffisamment concentrée met sûrement à l'abri de tout accident.

Au point de vue *thérapeutique, il résulte de la nature exclusivement toxique du botulisme, d'une part, l'absolue inefficacité des antiseptiques intestinaux,* tels que la résorcine, le salol, le naphtol-β, etc., et d'autre part, la nécessité d'une médication promptement évacuatrice : lavage stomacal, irrigation intestinale, lavage du sang.

Nous ajouterons que la découverte du prof. Van Ermengen a eu partout un grand et légitime retentissement ; elle a effectivement apporté la lumière sur une importante question d'hygiène publique et de médecine légale.

Sans doute, on savait depuis longtemps que les accidents produits par les substances alimentaires, les viandes en particulier, ne sont pas toujours identiques, mais on était porté à attribuer les uns à une affection spécifique, dont aurait été atteint l'animal ayant fourni la viande consommée, les autres à la putréfaction banale de substances alimentaires en mauvais état de conservation.

On avait cependant des preuves de l'innocuité de l'ingestion d'aliments manifestement corrompus, puisque tous les jours, des fromages avancés, du gibier faisandé, des poissons pourris sont consommés sans le moindre inconvénient.

Il faudra retenir, à la suite des travaux de l'éminent professeur de Gand, qu'une altération spéciale des aliments conservés, qui ne leur communique ni l'aspect ni l'odeur de la putréfaction, qui évolue ainsi avec les apparences les plus trompeuses, peut les rendre éminemment dangereux. L.

DE L'AUTO-INTOXICATION INTESTINALE.

On s'est attaché dans ces dernières années à établir, d'une manière empirique, l'indication de l'antisepsie intestinale, et l'on a multiplié les agents médicamenteux capables de la réaliser.

Cette doctrine est-elle fondée? Nous répondrons, en exposant les opinions émises à ce sujet au dernier congrès allemand de médecine.

Selon le dr Muller, on doit considérer comme auto-intoxications les états pathologiques provoqués par les produits toxiques provenant

des échanges inter-cellulaires de l'organisme lui-même. Ainsi, à proprement parler, les auto-intoxications intestinales n'en sont pas, car elles sont dues à des bactéries saprophytes, vivant en parasites dans l'estomac et l'intestin. Pour l'étude, ces auto-intoxications intestinales peuvent être rapprochées des intoxications alimentaires par la viande et le lait.

L'intoxication par la viande peut prendre trois types différents; elle évolue, soit comme une maladie typhoïde, soit comme un empoisonnement, soit comme une gastro-entérite aiguë.

Les intoxications par le lait proviennent, soit d'une maladie de la vache, soit d'une altération du lait après la traite.

Bien des maladies, regardées comme des auto-intoxications, ne sont que des intoxications alimentaires méconnues.

Il est très douteux que les processus *habituels* de décomposition des albuminoïdes dans l'intestin puissent aboutir à des symptômes d'intoxication. Les produits des microbes intestinaux, l'indol, le phénol. le scatol, l'hydrogène sulfuré sont peu toxiques. D'autre part, l'organisme semble s'y être habitué, être comme immunisé vis-à-vis d'eux. Cependant il est hors de doute qu'il peut se faire une décomposition autochtone du contenu intestinal, ainsi que le montre la gravité des symptômes morbides de bien des maladies gastro-intestinales aiguës, en particulier chez les enfants. La théorie de l'auto-intoxication intestinale trouve une démonstration assez probante dans les affections de la peau consécutives aux troubles digestifs (urticaire, etc.). L'étude clinique en est encore insuffisante.

La condition première pour la décomposition du contenu gastro-intestinal est la stase; cette décomposition se manifeste dans la coprostase, et encore plus dans la péritonite et l'occlusion intestinale.

Brieger a émis également une opinion très dubitative.

Le grand argument sur lequel s'appuie la théorie des auto-intoxications est la découverte de poisons dans l'urine, dans la sueur, dans le sang.

Or, la doctrine de la toxicité urinaire normale elle-même n'est pas encore suffisamment établie.

Les sels alcalins de l'urine normale de l'homme ne sont toxiques que pour l'homme et l'urine elle-même est très peu toxique pour les animaux. Ce fait tient peut-être à ce que les substances toxiques qui se forment dans l'organisme passent dans l'urine sous forme de combinaisons inoffensives.

Dans les états pathologiques, on a trouvé dans l'urine des substances variées (acétone, acides diurétique, oxalique, formique, etc.), que certains auteurs considèrent comme témoignant d'une auto-in-

toxication et résultant de la décomposition des substances albuminoïdes. Mais, ce qui empêche d'accepter cettte hypothèse sans réserve, c'est que l'on n'a pas étudié suffisamment les substances toxiques (neurine, muscarine), qui ne peuvent se former dans l'intestin aux dépens de la choline ou de la lécythine.

De même, pour ce qui concerne la toxicité de la sueur. Les expériences de Brieger lui ont montré que cette toxicité est due à la présence des bactéries et que la sueur filtrée et débarrassée des microorganismes n'est pas toxique pour les animaux.

Le sérum du sang normal est toxique, mais cette toxicité varie suivant l'espèce animale ; il en en est de même du sérum des individus malades, et, sous ce rapport encore, la toxicité et ses manifestations varient avec la maladie.

Les poisons qu'on trouve dans l'organisme animal sont donc encore peu connus.

Quelques cliniciens ont rapporté toutefois au Congrès certains faits, en apparence évidents, d'auto-intoxication d'origine gastrique ou intestinale.

Dans un cas d'Ewald, les symptômes ont été ceux de l'apoplexie cérébrale avec état comateux; dans l'autre, ceux de syphilis cérébrale avec vertiges et vomissements incoercibles. Les deux malades ont rapidement guéri par un traitement dirigé contre une constipation tenace qu'ils présentaient depuis quelque temps.

Albu a communiqué l'observation d'un individu atteint de dilatation stomacale avec fermentations anormales et vomissements habituels; un jour, ceux-ci se supprimèrent, et le malade fut pris d'accidents comateux qui disparurent au bout de quelque temps, pour revenir ensuite et amener la mort du malade. Dans ce cas, les accidents comateux paraissaient bien tenir à la résorption d'une substance toxique formée dans l'estomac.

Rosenheim a exprimé l'opinion que si, d'une façon générale, on a exagéré le rôle des auto-intoxications, il est certain qu'elles interviennent dans certains troubles cardiaques fonctionnels, comme le prouve l'amélioration qui survient après un traitement dirigé contre l'état du tube digestif.

Au point de vue thérapeutique, on a reconnu qu'on ne pouvait tuer les bactéries dans le canal intestinal. Les antiseptiques intestinaux doivent être peu solubles dans le suc gastrique pour pouvoir produire leur effet dans l'intestin. Mais de tous les produits préconisés, il n'en est pas un seul qui ait fait ses preuves cliniques. Le calomel est plus purgatif qu'antiseptique.

Le moyen le plus efficace de lutter contre l'auto-intoxication est

d'évacuer le tube intestinal par le lavage de l'estomac et les purgatifs. Une modification apportée dans l'alimentation produit souvent de bons effets, de sorte que l'utilité des antiseptiques reste discutable.

Quelques-uns, ont déclaré cependant les antiseptiques intestinaux utiles. S'ils ne réalisent pas l'asepsie du contenu intestinal, ils ont toujours pour effet, comme on a pu s'en convaincre expérimentalement, de diminuer le nombre de bactéries. Parmi les antiseptiques intestinaux, c'est le calomel qui viendrait en premier lieu.

Furbringer entre autres est partisan de l'antisepsie intestinale. Il a notamment constaté que, dans la fièvre typhoïde, le calomel abaisse la température et améliore l'état général, deux effets qu'on n'obtient pas par de simples purgatifs.

En somme, la théorie de l'auto-intoxication intestinale repose en ce moment sur un petit nombre de faits démontrés et elle est loin d'être parachevée. L.

PATHOGÉNIE DES PLEURÉSIES ET THORACENTÈSE.

On sait que les recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques ont abouti à la conclusion que la grande majorité — les uns ont même dit la totalité — des pleurésies séreuses ou séro-fibrineuses est de nature tuberculeuse.

Le d^r^ Le Damany a donné dans la *Presse médicale* le résultat de nouvelles recherches sur ce sujet, sous forme des propositions suivantes :

1° La pleurésie peut être primitive ; dans ce cas, elle est toujours tuberculeuse. La présence de microbes ordinaires dans l'épanchement est accidentelle, et leur constatation ne peut servir à préciser la nature de l'inflammation pleurale.

2° La pleurésie peut être secondaire et non tuberculeuse. Alors, l'inflammation pleurale se fait par extension d'une lésion pulmonaire ou par une sorte de fluxion collatérale. La cause de l'épanchement est dans le poumon (infarctus, congestion, hépatisation). Que la lésion pulmonaire soit aseptique ou infectieuse, la présence de microbes dans le liquide pleurétique est encore accidentelle et exceptionnelle.

Ainsi donc, il n'y a qu'une pleurésie *idiopathique* séro-fibrineuse, c'est la pleurésie tuberculeuse. Les autres épanchements séro-fibrineux sont symptomatiques d'une lésion pulmonaire concomitante, à laquelle ils ne survivent guère.

Le rôle du *froid*, si souvent invoqué dans la pathogénie des pleurésies, est en réalité à peu près nul, l'observation clinique elle-même apprenant que presque tous les malades étaient déjà souffrants, mal

en train depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines au moment où ils se sont refroidis. Les pleurésies dites *a frigore* sont des pleurésies tuberculeuses, à l'égard desquelles le froid n'a même pas toujours joué le rôle de cause occasionnelle : la sensation de froid, purement objective, est l'effet, non la cause de la pleurésie.

Quand un *traumatisme* est suivi d'une pleurésie séro-fibrineuse, il a simplement provoqué le développement d'une tuberculose pleurale.

Le rôle du *rhumatisme* dans l'étiologie de la pleurésie primitive est encore moins important. La pleurésie rhumatismale primitive est une pure hypothèse et l'existence d'une pleurésie rhumatismale secondaire, indépendante de toute lésion pulmonaire (congestion ou infarctus), ne semble ni démontrée ni démontrable.

On rencontre effectivement au cours de rhumatismes francs, des pleurésies coïncidant avec des *congestions pulmonaires ;* or, ce sont là des épanchements intimement liés à des altérations pulmonaires sous-pleurales, dont ils ne sont qu'une conséquence : la cause de l'épanchement est dans le poumon et non dans la plèvre.

D'autres fois, chez les rhumatisants, les pleurésies sont dues à des *cardiopathies ;* le liquide de ces pleurésies, ensemencé au contact ou à l'abri de l'air, s'est montré stérile : leur cause paraît être un infarctus pulmonaire.

Ces deux dernières classses de pleurésies par congestion ou par infarctus pulmonaires, qui forment la presque totalité des pleurésies des rhumatisants, ne méritent pas le nom de pleurésies rhumatismales, pas plus que les pleurésies para-pneumoniques ne méritent le nom de pneumococciques.

Les *maladies infectieuses* elles-mêmes ne produisent d'épanchement pleural séro-fibrineux que par l'intermédiaire d'une congestion ou d'une inflammation du poumon.

Les *maladies chroniques* agissent de la même façon, à moins qu'elles soient de simples causes prédisposantes.

Quand des pleurésies à allures de pleurésies primitives surviennent au cours d'un mal de Bright, d'une tumeur abdominale non cancéreuse (incapable, par conséquent, de se localiser secondairement dans le poumon), d'une appendicite, d'un salpingite, etc ; ces pleurésies, si elles sont séro-fibrineuses, doivent être tuberculeuses.

Les pleurésies dites *réflexes* n'existent pas, et les pleurésies par irritation de voisinage ne peuvent être produites que par les néoplasmes de la paroi thoracique ou des poumons.

L'anévrysme de l'aorte lui-même ne peut causer une pleurésie séro-fibrineuse que s'il est la cause d'une asystolie, et, par suite, d'un infarctus ou d'un congestion pulmonaire.

Après avoir ainsi rapporté à des lésions pulmonaires toutes les pleurésies secondaires, l'auteur est autorisé à conclure que, non seulement la tuberculose est une cause de pleurésie, mais bien, que la *pleurésie primitive est la tuberculose de la plèvre.*

Il y aurait deux grandes classes de pleurésies séro-fibrineuses : 1° les pleurésies primitives ou tuberculeuses ; 2° les pleurésies secondaires, non tuberculeuses.

La pathogénie de la *pleurésie tuberculeuse* est la suivante : le bacille de Koch apporté dans la plèvre, probablement par des leucocytes, y prolifère, y détermine la production d'une végétation fibrineuse, appliquée à la surface de la membrane pleurale. Les mouvements incessants, les frottements des deux feuillets pleuraux, disséminent peu à peu, mais assez vite, les bacilles et leurs productions sur une grande étendue des surfaces pulmonaire et pariétale de la plèvre.

L'irritation de la plèvre sous-jacente a bientôt pour conséquence une exsudation de liquide séro-fibrineux. Cet épanchement, en écartant les surfaces pleurales, supprime les frottements qui étaient la cause de la dissémination des éléments tuberculeux, supprime l'irritation continue que ces frottements causaient aux régions déjà envahies par le bacille, et met ainsi les deux feuillets de la plèvre dans des conditions de repos tout à fait favorables à la guérison de cette tuberculose pleurale. Il y a, ainsi pourrait-on dire, immobilisation de l'articulation thoraco-pulmonaire.

L'auteur déduit de ces considérations que l'*épanchement dans les pleurésies tuberculeuses est un processus de défense, important,* surtout par son rôle mécanique, plus que par le rôle antitoxique qu'on lui a gratuitement supposé ; *il doit être respecté par le médecin, tant qu'il ne devient pas un danger par son volume ou par sa durée.* La pleurésie primitive est une tuberculose ; par suite, il ne faut y toucher qu'avec la plus grande circonspection, sous peine d'obliger l'organisme à tenter d'autres efforts (reproduction de l'épanchement, formation d'adhérences précoces, etc.), pour essayer d'arrêter la marche envahissante du bacille.

La prudence serait d'autant plus louable, que la pleurésie franche est une tuberculose différente des tuberculoses ordinaires, le plus souvent spontanément curable.

Le d[r] Talamon émet la même opinion, appuyée sur des considérations analogues, dans un article intitulé : *doit-on ponctionner la pleurésie séreuse ?*

La question ne doit pas étonner, car il y a lieu de se demander si une modification aussi radicale dans la conception étiologique de la

pleurésie que celle qui a établi son origine presque constamment tuberculeuse, n'entraîne pas nécessairement une modification aussi radicale dans la direction de son traitement.

Le dr Talamon fait ressortir, comme tantôt le dr Damany, l'utilité purement mécanique de l'épanchement.

Le liquide fibrino-séreux secrété par la plèvre enflammée comprime et atélectasie le poumon ; en même temps que les alvéoles s'affaissent et se tassent, la circulation capillaire s'engorge ; en outre, les origines des lymphatiques pulmonaires se trouvent oblitérées par l'exsudation fibrineuse. Or, il semble démontré que cet état d'affaissement et de congestion chroniques, la carnification du tissu pulmonaire, ne favorise pas le développement des tubercules. On l'a dit depuis longtemps pour expliquer l'antagonisme de la tuberculose et des affections cardiaques, et Hérard a montré que le pneumothorax était parfois un évènement heureux pour le phtisique, en ce sens que la marche de la tuberculose se trouvait enrayée et même arrêtée dans le poumon comprimé par l'épanchement.

La ponction change brusquement les conditions circulatoires créées par l'exsudat pleural; en évacuant une partie de cet exsudat, elle active et favorise la résorption de l'autre. C'est bien là d'ailleurs ce qu'on demande à la thoracentèse.

En facilitant la résorption du reliquat de l'exsudation, on faciliterait nécessairement en même temps la résorption des bacilles ; on les ferait passer de la surface pleural ; où ils étaient emprisonnés, gênés dans leur développement et probablement à la longue rendus inoffensifs, sinon dans la grande circulation,du moins dans les voies lymphatiques sous-jacentes, et par elles dans le parenchyme pulmonaire où ils vont se multiplier plus librement et créer de nouveaux centres de prolifération tuberculeuse.

Le dr Talamon va jusqu'à se demander s'il faut chercher ailleurs que dans l'abus qui a été fait de la thoracentèse l'explication de la fréquence toujours croissante des phtisies consécutives à la pleurésie dite primitive.

Il est exact peut-être qu'à s'en tenir aux enseignements de la bactériologie, il faudrait conclure, sans plus ample informé, qu'il est plus nuisible qu'utile de vider le liquide épanché. Qu'on admette ou non l'existence chimique d'une anti-toxine tuberculeuse, il est certain que l'épanchement pleural est bactéricide, ou du moins qu'il s'oppose au développement des bacilles.

Mais une remarque, nous paraît-il, trouve ici sa place : il n'y a pas deux maladies aussi exactement comparables que la pleurésie et la péritonite tuberculeuses.

Or, on sait les résultats merveilleux, non pas seulement immédiats, mais durables et définitifs.que donne l'intervention chirurgicale dans les péritonites de cette origine.

Bien plus, c'est précisément dans les cas où l'ascite est le plus prononcée, c'est-à-dire lorsque le péritoine renferme beaucoup de liquide bactéricide, que les résultats sont les meilleurs.

Sans doute, la ponction thoracique n'est pas comparable comme intervention à l'incision du ventre, et il est d'observation que la simple paracentèse, pratiquée de tout temps contre les ascites volumineuses, n'a jamais donné, en cas de tuberculose péritonéale, des succès comparables à ceux que donne à présent la laparotomie.

Ce n'est pas dire qu'il faut traiter les pleurésies tuberculeuses par l'incision du thorax, mais au moins, il nous paraît osé de vouloir proscrire la thoracentèse dans les pleurésies tuberculeuses, en empruntant des arguments à la bactériologie ou à la mécanique.

L.

INJECTIONS HYPODERMIQUES D'ARSENIC.

L'arsenic est un médicament efficace dans un grand nombre d'affections ou médicales ou chirurgicales, mais incontestablement. les résultats seraient bien meilleurs encore, si l'on pouvait donner le remède à doses plus élevées que celles qui sont tolérées, lorsqu'il est administré par les voies digestives. Aussi a-t-il cherché depuis longtemps à faire pénétrer l'arsenic dans l'économie à doses fortes par d'autres voies.

Les injections sous-cutanées ont été préconisées en premier lieu, et von Ziemmsen en a notamment obtenu des résultats remarquables dans la *pseudo-leucémie;* le traitement a été fort bien supporté et a déterminé la disparition de l'hypertrophie splénique, des tumeurs ganglionnaires, de la cachexie; au bout de cinq mois la guérison s'était maintenue.

Le même traitement a donné d'excellents résultats dans *certaines dermatoses*, notamment le lichen ruber et la sclérodermie.

Nul doute que les mêmes avantages ne puissent être obtenus dans le traitement du psoriasis.

On peut se servir de la *liqueur de Fowler pure*, donnée à doses progressivement croissantes et qui ont été portées à 2 centimètres cubes par jours, répartis en deux injections.

Toutefois, si ces injections ne produisent pas de troubles gastro-intestinaux, comme l'arsenic donné à l'intérieur, elles ont l'inconvénient d'être douloureuses et de provoquer assez souvent des accidents

locaux : nodules inflammatoires, abcès et même gangrène de la peau.

Pour remédier à ces inconvénients, Ziemmsen se sert d'une solution d'arséniate de soude préparée de la façon suivante :

On fait bouillir dans un tube à essai 1 gramme d'acide arsénieux avec 5 centimètres cubes de soude caustique, jusqu'à dissolution complète. On verse le liquide dans un verre gradué, l'on ajoute une quantité d'eau suffisante pour obtenir 100 centimètres cubes de solution et on filtre.

On a ainsi une solution d'arséniate de soude à 1 p. c. dont on injecte d'abord un quart de gramme une fois par jour ; puis, au bout de quelques jours, on pratique deux injections quotidiennes avec la même dose et on augmente peu à peu la quantité de liquide injecté jusqu'à ce qu'on arrive à pratiquer par jour deux injections de 1 centimètre cube chacune.

Ces doses élevées sont bien tolérées ; elles peuvent provoquer une certaine hyperexcitabilité nerveuse, une sensation de faiblesse musculaire, qui se dissipent rapidement quand on suspend la médication pendant quelques jours. L.

—

INJECTIONS RECTALES D'ARSENIC.

Le rectum a été conseillé également comme voie d'administration de l'arsenic; le procédé consiste à injecter dans le rectum 5 centim. cubes d'une solution arsenicale contenant, par exemple, 1/3 de milligr. d'acide arsénieux par 5 cc. On peut donner au malade, par jour, trois injections et lui faire absorber ainsi 1 *centigr. d'acide arsénieux par vingt-quatre heures* : le médicament est parfaitement toléré, non seulement pendant des semaines, comme l'a dit Vinay, mais pendant des mois, et comme on n'est pas arrêté par l'intolérance gastrique, on possède un moyen pratique et sûr d'utiliser l'arsenic comme modificateur de la nutrition agissant à longue portée.

Récemment le prof. Renaut a vanté les effets de cette médication dans la *tuberculose* en général.

Ce n'est pas dans les formes avancées de la *tuberculose pulmonaire* qu'il faut espérer obtenir de bons effets de la médication, mais elle ferait merveille, lorsqu'il s'agit d'hémoptysies bacillaires sans atteinte grave du poumon, et dans la période de dyscrasie pré-tuberculeuse.

Dans ces cas la méthode de suralimentation est absolument indiquée, mais fort difficile à mettre en œuvre ; l'appétit manque, les malades digèrent mal, et l'arsenic, si on le donne par la voie gastrique, enlève encore le peu d'appétit qui reste. Les injections rectales d'arsenic rendent alors de grands services ; elles permettent, tout en sura-

limentant le malade, de mettre l'organisme sous l'influence prolongée d'une médication réductrice de l'état consomptif. Renaut a cité plusieurs observations dans lesquelles l'influence remarquable de l'arsenic donné avec persévérance par la voie rectale à des malades qui étaient aux prises avec des processus tuberculeux au début de leur évolution fut évidente ; l'injection arsénicale a été poursuivie systématiquement pendant plus d'un an.

Quelquefois il se produit un peu d'irritation rectale ou de diarrhée; pour éviter ce désagrément, on n'a qu'à additionner la solution d'autant de gouttes de laudanum de Sydenham qu'elle renferme de fois 5 centim. cubes.

Le même traitement continué systématiquement et longtemps serait d'une remarquable efficacité, contre les *tuberculoses ganglionnaires*, *péritonéales*, etc.

Il en serait de même dans le *diabète*, où l'arsenic est particulièrement utile comme tonique; il constitue un excellent moyen de relever les forces dans la convalescence des maladies intercurrentes.

Renaut continue généralement l'injection arsénicale cinq ou six semaines; puis il fait une pause de quinze jours, au bout de laquelle il fait reprendre le médicament toutes les fois que le malade accuse une persistance de sa faiblesse ou que le sucre augmente à nouveau.

Enfin, Renaut a obtenu de bons résultats des injections rectales d'arsenic dans la *maladie de Basedow;* ce serait une conséquence de l'action calmante exercée sur le bulbe par le médicament. L.

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'ARSENIC.

L'usage de l'arsenic dans le psoriasis invétéré ne donne pas toujours les résultats espérés. Le Dr Herxheimer, d'après une analyse du *Ther. Monatsh.* 1898, 1, attribue cette inefficacité à l'insuffisance de la dose du médicament. Malheureusement les phénomènes d'intolérance s'opposent parfois à l'augmentation des doses, même par la voie des injections parenchymateuses. L'auteur essaya donc d'introduire de plus grandes quantités de médicament par la voie intra-veineuse. La technique est simple : après les précautions antiseptiques usuelles on introduit dans une veine de la peau du coude, plus rarement du genou, rendue plus turgescente par la bande d'Esmarch, l'aiguille d'une seringue de Pravaz cubant 1 centimètre. On injecte alors la solution arsénicale, qui doit être parfaitement limpide et sans dépôt ; on pourra se servir de la solution, préparée comme il a été indiqué plus haut pour les injections sous-cutanées. Après l'injection on recou-

vre la piqûre d'un morceau d'emplâtre à l'oxyde de zinc. La dose de début était de 0.001 acide arséniceux. On augmenta de 0.001 par jour jusqu'à ce qu'on eût atteint la dose de 15 milligrammes. L'auteur continua cette dernière dose jusqu'à complète disparition des efflorescences.

Outre les différentes variétés de *psoriasis*, l'auteur soumit à ce traitement d'autres *affections de la peau*, telles que le mycosis fongoïde, le lichen ruber verrucosus et le lichen planus.

Sur 25 psoriasiques soumis à ce traitement exclusif

10 furent complètement guéris;

6 quittèrent avant la guérison, mais améliorés;

9 étaient encore en traitement dont 3 avec la prévision d'une guérison prochaine.

La guérison commence à la fin de la deuxième ou au commencement de la troisième semaine par une pigmentation des papules et la diminution de l'exfoliation. Dans deux cas la desquamation augmenta considérablement. Dans la majorité des cas la pigmentation disparut. En moyenne la guérison nécessita 48 jours. L'auteur ne constata qu'une fois des phénomènes inquiétants. Les complications furent 2 thromboses, 1 élévation thermique, 1 fois petits furoncles, 1 fois zoster et finalement 1 fois diarrhée. Tous ces phénomènes disparurent promptement. Il ne se manifesta guère de douleur à l'endroit de l'injection. L'auteur n'hésite pas à conclure d'après ce qui précède que cette méthode guérit sûrement les efflorescences du psoriasis. Un malade observé longtemps après le traitement resta indemne de récidive. L'auteur propose de traiter cette affection si rebelle d'une façon intermittente, comme la syphilis. Les injections constitueraient la cure fondamentale et les pilules arsénicales ou la liqueur de Fowler feraient les frais des cures secondaires. Dr E. L.

SYMPTOMATOLOGIE DE L'ARSENICISME.

Il importe, pour lui permettre de recourir à l'administration de l'arsenic à doses élevées, que le praticien soit familiarisé avec les symptômes de l'intoxication : il lui sera ainsi possible d'interrompre la médication en temps opportun.

Le dr G. Brouardel vient précisement de passer en revue dans sa thèse les différents accidents par lesquels se manifeste l'empoisonnement par l'arsenic.

Il trace de ces accidents un tableau d'ensemble, bien qu'il soit d'usage de décrire des formes aiguës, subaiguës et chroniques, mais les trois formes ne diffèrent entre elles que par l'évolution; dans les

formes aiguës, on retrouve généralement les mêmes signes que dans les formes subaiguës ou chroniques, mais seulement ébauchés, pour ainsi dire, se succédant sans ordre, d'une façon subintrante, et échappant presque complètement à cause de leur trop grande rapidité, à l'analyse du médecin.

C'est dans la forme chronique que l'on peut le mieux analyser les symptômes. On peut distinguer les symptômes locaux d'absorption, les symptômes d'intoxication proprement dite, et les symptômes locaux d'élimination. Mais il est souvent difficile de les distinguer entre eux, et il vaut mieux décrire les accidents appareil par appareil.

A. Les *troubles digestifs* sont les plus fréquents. L'absorption d'une dose quelconque d'arsenic peut être suivie très rapidement de *vomissements* souvent pénibles, plus rapides à jeun que dans l'état de plénitude de l'estomac. La *diarrhée* survient plus tard ; c'est un symptôme d'élimination. Suivant leur allure les troubles digestifs de l'arsenicisme simulent l'attaque de choléra ou le simple embarras gastrique, surtout quand ils constituent, ce qui arrive parfois, les seuls symptômes de l'empoisonnement arsenical.

B. Les *troubles de la peau et des muqueuses* sont parfois dus au contact direct et sont alors limités au point de contact. Plus souvent ils relèvent vraiment de l'intoxication ; ils apparaissent dans ce cas quelque temps après les troubles digestifs.

L'arsenic peut provoquer tous les modes de réaction cutanée, *éruptions* érythémateuses, papuleuses, vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses, ulcéreuses; on observe aussi des urticaires, des purpuras, des zonas, des œdèmes, des sueurs, des mélanoses, des kératoses arsenicales, ainsi que des *troubles trophiques* des ongles et des poils.

Des troubles cutanés, il faut rapprocher ceux des muqueuses : la *conjonctivite*, le *coryza*, les éruptions vésiculeuses de la bouche et de la langue, les ulcérations buccales, les ulcérations et les perforations de la cloison des fosses nasales. Le *catarrhe laryngo-trachéo-bronchique* prend parfois une telle importance qu'il domine un certain temps la scène morbide; il peut ainsi donner lieu à des erreurs et faire porter le diagnostic de grippe.

C. Les *troubles nerveux* sont plus tardifs dans leur apparition que ceux du tube digestif, de la peau et de l'appareil respiratoire. Ils débutent par des *troubles de la sensibilité*, tels que crampes, fourmillements, ou plus rarement sensation de broiement. La sensibilité au tact, à la douleur, à la température est diminuée d'abord aux pieds, puis aux mains, remontant plus ou moins haut vers la racine du membre. Plus tard surviennent les *troubles paralytiques*, qui s'installent progressivement. La paralysie se développe suivant deux grandes lois : 1° elle débute par les extrémités, orteils ou doigts; 2°

elle est symétrique. Les membres inférieurs sont généralement les premiers et les plus atteints; les membres supérieurs se prennent plus rarement et souvent incomplètement; rarement les muscles du tronc participent à la paralysie. Ces paralysies sont très tenaces; elles constituent une infirmité quelquefois persistante, en tous cas d'une régression extrêmement lente.

Le *pronostic*, grave dans la forme aiguë qui peut tuer le malade en quelques heures, devient bénin, lors du passage à la chronicité, en ce sens que la vie reste sauve; mais il est assombri par les infirmités que laissent après elles certaines formes chroniques, surtout celles qui comportent des paralysies.

Le *diagnostic* est souvent très délicat; non seulement il arrive que les premiers symptômes simulent des maladies vulgaires (embarras gastrique, grippe), ce qui fait qu'on ne pense pas à la possibilité d'une intoxication, mais encore quand l'apparition des symptômes moins banaux met sur la voie du diagnostic, il est souvent difficile de mettre la main sur le corps du délit.

L'*étiologie de l'arsenicisme* est par suite des plus intéressantes à étudier; en dehors des intoxications criminelles, professionnelles et thérapeutiques, il existe encore de nombreux modes insoupçonnés d'intoxication. On connaît de nombreux cas d'empoisonnement par des couleurs arsenicales servant à colorer en vert des bonbons, des jouets, des papiers servant à envelopper des aliments, des vêtements en contact intime avec la peau, des papiers de tenture et des tapisseries donnant des poussières nocives.

On a observé encore des épidémies d'arsenicisme chronique dans des villages dont les puits s'étaient trouvés contaminés par des infiltrations provenant d'usines, parfois éloignées, où l'on fabriquait des produits arsenicaux ou de la fuchsine (que l'on mélange parfois frauduleusement avec des composés arsenicaux); il y a les faits d'empoisonnement par des aliments ou des cigares ayant séjourné au-dessous d'animaux empaillés, dont les peaux sont conservées avec des savons arsenicaux et laissent tomber au-dessous d'eux une fine poudre arsenicale.

On voit, par ces exemples, combien il peut être difficile de surprendre l'origine d'une intoxication arsenicale. Il importe donc de bien connaître la symptomatologie et l'étiologie de l'arsenicisme, pour pouvoir affirmer la nature du mal, remonter à sa cause, et une fois la cause découverte, la supprimer.

L.

DE L'EMPLOI DES FERMENTS EN THÉRAPEUTIQUE.

Sans s'occuper à développer leurs effets thérapeutiques, très contestés du reste, le dr Bricemoret a donné, dans le *Journal des Praticiens*, des indications pharmacologiques sur les ferments employés en thérapeutique.

Il y a d'abord la *pepsine*; on en emploie de deux sortes : la *pepsine pure ou extractive*, très altérable, car elle absorbe rapidement l'humidité atmosphérique et subit la fermentation putride. (20 centigrammes peptonisent 10 grammes de fibrine), et la *pepsine amylacée ou médicinale*, constituée par la sorte précédente, qu'on additionne d'amidon ou de sucre de lait auquel on ajoute un peu d'acide tartrique (50 centigrammes de cette pepsine peptonisent 10 grammes de fibrine),

La pepsine amylacée se prescrit à la dose de 50 centigrammes à 4 grammes et la pepsine extractive à la dose de 20 centigrammes à 2 grammes.

La pepsine amylacée peut être formulée *en cachets*, mais à la condition de ne pas être associée, comme cela se fait couramment, aux bicarbonates alcalins, car ces sels enlèvent à la pepsine la propriété de peptoniser les albuminoïdes.

Les *élixirs à base de pepsine* sont fréquemment employés; la proportion d'alcool ne poit pas y être trop élevée. Celui du Codex a une saveur désagréable; les meilleurs sont ceux de Mialhe et de Vigier.

Telle est la formule du dernier :

Pepsine amylacée	50 grammes.
Eau distillée	325 —
Sirop de sucre	400 —
Rhum à 45°	264 —

Chacun de ces élixirs renferme 1 gramme de pepsine amylacée par 20 grammes.

La *pancréatine* vient ensuite; c'est une poudre blanc jaunâtre, à peu près complètement soluble dans l'eau, qui doit dissoudre et changer en peptone cinquante fois son poids de fibrine et saccharifier quarante fois son poids d'amidon ou de fécule.

On administre la pancréatine médicinale à la dose de 20 à 80 centigrammes en *élixir* faiblement alcoolisé ou en pilules. La pancréatine amylacée se prescrit à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes, en *cachets*, poudres.

Tandis que pour Dufresne la pancréatine serait un ferment digestif complet, sa valeur thérapeutique serait nulle, suivant Ewald, car elle ne tarde pas à être digérée par le suc gastrique. C'est même pour obvier à cet inconvénient qu'on a proposé de l'administrer en *pilules kératinisées*, qui seraient seulement détruites dans l'intestin.

Il faut signaler encore la *diastase* ou *maltine*, qui se retire de l'orge perlé. Elle transforme l'amidon en dextrine et en maltose. Elle a été préconisée comme agent de la digestion des substances amylacées à la dose de 10 à 50 centigrammes. Elle doit être prescrite en *nature*, car son altération est rapide lorsqu'elle est en solution.

Enfin, il y a la *papaïne*, qui est un ferment de nature albuminoïde du suc de caria papaya. Elle est amorphe, blanche, soluble dans l'eau. Elle présente la propriété de dissoudre et de peptoniser de grandes quantités de fibrine. Elle se distingue de la pepsine en ce qu'elle peut agir dans un milieu neutre ou alcalin aussi bien qu'en milieu acide.

On peut l'administrer en *paquets*, associée ou non au bicarbonate de soude, à la dose de 10 à 40 centigrammes ou sous forme de sirop. Les sirops de fruits acides conviennent particulièrement à ce ferment;

Papaïne	50 centigrammes.
Sirop de cerises	50 grammes.
— de framboises	50 —

Une cuillerée à bouche contient 10 centigrammes de ferment.

L.

RÉSECTION DES CANAUX DÉFÉRENTS DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

Les premiers résultats favorables obtenus dans l'hypertrophie de la prostate par la castration double étaient à peine connus que plusieurs chirurgiens essayèrent de remplacer cette opération par des interventions plus simples et plus facilement acceptées par les malades. C'est ainsi qu'on a pratiqué ou proposé : la castration unilatérale; la résection d'un ou des canaux déférents ; les injections intra-testiculaires ; la section en masse du cordon ; le bistournage et l'angionévrectomie du cordon.

Comme nous l'avons fait à propos de la castration, nous analysons le travail publié par les d^rs^ Albarran et Motz dans les *Annales des maladies des voies génito-urin.* sur ces diverses opérations.

Nous serons bref à l'égard de la *castration unilatérale*.

Les recherches expérimentales démontrent très nettement que l'ablation d'un seul testicule chez l'animal sain reste dans certains cas sans action sur la prostate, tandis que dans d'autres elle détermine son atrophie plus ou moins marquée, mais toujours à un degré moindre que la castration bilatérale.

De même, en ce qui regarde l'absence d'un testicule (monorchidie), la castration unilatérale pratiquée chez l'adulte et l'atrophie accidentelle d'un testicule, les résultats, au point de vue de l'atrophie de la prostate normale, paraissent très inconstants.

Enfin, les observations de cette opération, pratiquée contre l'hypertrophie de la prostate, sont peu nombreuses, incomplètes et ont donné des résultats douteux ; on doit, pour le moment, se borner à dire que, dans les premiers temps qui suivent l'opération, la plupart des malades sont améliorés.

Nous pouvons donc conclure que la castration unilatérale ne présente, aujourd'hui, aucune indication dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate.

On aura parfois l'occasion de compléter les observations au sujet de cette opération en cas de maladies d'un des testicules nécessitant son ablation.

Parmi les opérations destinées à remplacer la castration double dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, aucune n'a eu autant de partisans que la section ou la résection des canaux déférents. La simplicité et l'innocuité de cette petite opération, plus facilement acceptée par les malades que la castration double, prédisposent l'esprit en sa faveur.

Chez les animaux, la résection double des canaux déférents détermine une atrophie prostatique inconstante dans son apparition, plus tardive et moins accusée que celle provoquée par la castration double.

Chez l'homme, les documents manquent pour établir la relation qui existe entre l'absence ou l'oblitération du canal déférent et le volume de la prostate, mais, ce qui est certain, c'est que cette absence ou cette oblitération n'a aucune action sur le testicule; ceux qui ont donc cru, en proposant la résection des canaux déférents, agir sur la prostate en atrophiant le testicule, ont fait erreur.

Les expériences sur les animaux ont appris depuis longtemps que la ligature ou la section des canaux déférents ne détermine pas l'atrophie des testicules.

Les auteurs ont pu s'en assurer chez des malades opérés depuis plus de deux ans.

De l'ensemble des observations faites en cas d'hypertrophie de la prostate, on peut conclure qu'après la résection double des canaux déférents, on observe dans toutes les catégories de prostatiques des diminutions fréquentes et précoces dans le volume de la prostate, mais qu'il n'existe pas d'observation détaillée démontrant qu'au delà de deux ou trois mois, la prostate est restée petite ou a continué à s'atrophier.

La diminution de volume de la prostate consécutive à la résection double des déférents paraît d'autant plus fréquente que les opérations ont été pratiquées lors d'accidents aigus de rétention ou de dysurie, et d'autant moins marqués que les malades sont opérés, pour ainsi

dire, à froid. Tout cela paraît bien démontrer que les effets obtenus sont dus surtout à la disparition plus ou moins complète des phénomènes congestifs. En tout cas, rien ne démontre aujourd'hui que la résection double des canaux déférents soit capable de déterminer l'atrophie de la prostate hypertrophiée.

Les effets de l'opération sur la vessie diffèrent, comme ceux de la castration, selon les cas.

Lorsqu'il y avait *rétention aiguë*, il est noté, la plupart des fois, que les opérés ont commencé à uriner 2 ou 3 jours après l'opération. Ces résultats, très comparables à ceux que donne la castration double dans des cas semblables, doivent être attribués à la diminution de la congestion déterminée par l'opération et que démontre la diminution rapide du volume de la prostate.

Les résultats sont également favorables, et pour la même raison, dans les cas de *rétention incomplète aiguë*.

Il n'en est plus de même des *rétentions chroniques, complètes ou incomplètes;* les échecs sont fréquents, à ce point que l'opération n'est pas recommandable.

Les auteurs n'admettent pas la manière de voir de ceux qui prétendent que chez les prostatiques, on peut essayer la résection des déférents, quitte à faire la castration, si elle ne réussit pas; si la résection double des déférents donnait des résultats, même médiocres, chez tous les prostatiques, on pourrait raisonner ainsi; mais il est démontré qu'elle n'agit pas dans les rétentions chroniques complètes ou incomplètes; si donc on veut l'employer comme premier moyen dans des cas semblables, il faut bien savoir que l'échec est presque sûr. L'opération ne donne quelques résultats que dans les poussées congestives, mais ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on doit alors avoir recours à une opération; des moyens plus simples réussissent.

Ajoutons qu'on a observé aussi après la résection des déférents des troubles psychiques analogues à ceux déterminés par la castration double.

D'autres opérations ont encore été conseillées chez les prostatiques.

Partant de l'idée que le bistournage détermine chez les animaux l'atrophie du testicule, on a proposé de pratiquer chez l'homme *la ligature en masse ou la résection du cordon spermatique*, mais cette opération n'est pas à conseiller, parce qu'elle expose trop à la gangrène des testicules; à cause de cet inconvénient, le d[r] Albarran a proposé de faire ce qu'il a appelé l'*angionévrectomie du cordon*, c'est-à-dire de réséquer entre deux ligatures une petite portion de tous les éléments du paquet vasculo-nerveux du cordon, sauf le canal déférent,

l'artère déférentielle et une ou deux des veinules qui l'accompagnent. On laisse ainsi au testicule une circulation restreinte qui détermine son atrophie sans provoquer le sphacèle.

Faite chez les chiens, l'opération a provoqué l'atrophie du testinule, sans sphacèle et provoqué une atrophie notable de la prostate, tout comme la castration ; chez l'homme, sa valeur pratique ne peut encore être établie, l'expérience étant trop peu nombreuse et de trop courte durée.

A priori. il paraît rationnel d'essayer l'angionévrectomie, qui est aussi simple que la résection des déférents et se pratique de même au moyen de la cocaïne : incision cutanée longitudinale de 4 centimètres; incision de la tunique fibreuse commune. Tout le cordon est chargé sur une sonde cannelée ; on isole rapidement le canal déférent avec l'artère déférentielle et une ou deux veinules et on place sur le reste du cordon deux ligatures en masse, au catgut, distantes l'une de l'autre de 2 centimètres. On résèque la portion intermédiaire aux deux ligatures.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter aux autres opérations proposées.

En résumé. quelle est la conduite à tenir chez les prostatiques ?

1° *Première période du prostatisme.* Pendant un temps variable qui presque toujours se compte par années, la congestion seule est cause des symptômes plus ou moins pénibles de dysurie, etc., qui constituent la première période du prostatisme ; au moment des poussées congestives, tous les malaises s'exagèrent pour diminuer ensuite avec la cause qui les détermine.

Dans cette première période, toute opération, quelle qu'elle soit, doit être proscrite à titre curatif.

Sans doute, presque toutes les opérations étudiées ont pour effet de diminuer la congestion de la prostate et de la vessie, et ainsi, elles peuvent toutes donner de très bons résultats dans les cas de dysurie congestive avec ou sans cystite concomitante. Mais il faut se rappeler aussi que ces accidents peuvent être guéris par des moyens plus simples.

2° *Rétention accidentelle aiguë.* Presque fatalement, vient un jour où les progrès de la maladie conduisent à une rétention plus ou moins complète. Faut-il opérer ? En principe, non, puisque le cathétérisme méthodiquement pratiqué ou la sonde à demeure suffisent presque toujours à guérir la rétention et que, la crise passée, le malade revient à son état antérieur.

3° *Rétentions aiguës à répétition.* Lorsque le sujet a dans son passé plusieurs rétentions aiguës, l'expérience apprend que, malgré tout, les mêmes symptômes reviendront et, avec eux la rétention incomplète chronique, qui imposera dans l'avenir des soins de tous

les jours. Dans ce cas, le cathétérisme n'est plus qu'un pis aller et, si une opération peut prévenir des accidents futurs, on a le devoir de la conseiller.

4° *Rétention chronique*. Lorsque la rétention chronique existe. quelle que soit sa variété, le malade est l'esclave de la sonde, et si quelques-uns arrivent à force de soins antiseptiques et de régularité dans les cathétérismes à jouir d'une santé suffisante, la grande majorité présente l'un ou l'autre de ces accidents multiples et de gravité diverse qui vont de la cystite à l'infection générale mortelle, en passant par l'infection rénale. Ceux-là mêmes qui se soignent bien finissent presque toujours par s'infecter et ne peuvent toujours pas éviter de pénibles épisodes congestifs. A cela s'ajoute souvent la difficulté croissante du cathétérisme, le progrès de la rétention, les hémorrhagies, les orchites, toutes ces misères qui font de ces malades des infirmes toujours exposés à des dangers sérieux. Ce qui domine ici, c'est la rétention chronique contre laquelle le cathétérisme n'est qu'un moyen palliatif et il est rationnel d'essayer, même au prix d'une intervention sanglante, de faire cesser cette rétention.

Quelle opération faudra-t-il choisir?

Il faut rejeter d'abord comme insuffisantes toutes les opérations unilatérales; parmi les trois opérations principales qui restent, la castration double, la résection des deux canaux déférents, et l'angionévrectomie des cordons, la castration a fait ses preuves, et, lorsque l'indication d'une opération sera posée, c'est à elle qu'on s'adressera; l'angionévrectomie, si elle tient ses promesses, aura toutefois la préférence, surtout lorsque la castration paraîtra une intervention trop grave ou sera refusée par le malade. L.

—

TRAITEMENT DE L'HYPERTRICHOSE PAR L'ÉLECTROLYSE.

Il arrive au praticien d'être consulté par un sujet atteint d'hypertrichose, obsédé par cette affection dont il veut à tout prix se débarrasser; il est donc utile d'indiquer quelle ligne de conduite doit être tenue en pareil cas.

Sans doute, tous les praticiens ne seront pas à même d'entreprendre la cure, car il est prouvé à présent que le traitement par l'électrolyse est le seul qui donne des résultats immédiats et durables, mais au moins tous pourront donner des conseils utiles à leurs clients, s'ils connaissent les indications, les avantages et les inconvénients de la cure.

A cet effet, nous résumons l'article que le dr Brocq, spécialement compétent en cette matière, lui a consacré dans la *Presse médicale*.

Rappelons d'abord que la méthode de traitement consiste essentiellement à introduire la pointe d'une fine aiguille reliée au pôle négatif d'une pile dans un follicule pileux, jusqu'à ce qu'elle soit en contact avec la papille du poil, puis, à faire passer un courant électrolytique suffisant pour décomposer cette papille.

C'est la face qui est le siège le plus habituel de l'hypertrichose, et c'est là aussi que cette difformité présente le plus d'inconvénients, non seulement par l'aspect disgracieux qu'elle donne au visage, mais encore par l'influence désastreuse qu'elle peut exercer sur l'état mental des personnes qui en sont atteintes.

Beaucoup de femmes, en effet, et surtout des jeunes filles, qui voient s'épaissir et s'allonger le duvet de leur lèvre supérieure ou de leur menton, sont tourmentées par cette idée qui devient pour elles une véritable obsession. Elles essayent généralement de divers moyens, arrachement, flambage, rasure, épilatoires, etc., qui ne font qu'aggraver le mal, en irritant les follicules et en transformant les duvets en poils de plus en plus en plus volumineux.

D'après les observations personnelles du d[r] Brocq, les localisations les plus communes chez les femmes sont, dans l'ordre de fréquence : les parties latérales du menton; la lèvre supérieure, surtout vers les commissures; les joues au-devant des oreilles. Outre ces régions, il signale encore les suivantes, où les poils se développent souvent à partir de vingt-cinq à trente ans : la région dorsale du nez et le bout du nez où il existe souvent des poils; l'espace intersourcilier; la poitrine, dans la région médiane intermammaire; les seins, principalement autour de l'aréole; les avant-bras et surtout les jambes, un peu plus rarement les cuisses.

Les hommes, beaucoup plus rarement il est vrai que les femmes, viennent aussi demander qu'on les débarrasse de duvets anormaux. Il s'agit, en général alors, d'hypertrichose de l'espace intersourcilier, de la région dorsale du nez, des joues au-dessous des yeux, du pavillon de l'oreille et enfin de vibrisses du nez.

Quoi qu'il en soit, le médecin étant consulté pour un cas d'hypertrichose, sa conduite variera suivant les circonstances. Elle ne sera pas la même s'il est en présence d'un homme ou d'une femme; l'âge du sujet, le siège et l'étendue de l'hypertrichose détermineront aussi des indications diverses.

Hypertrichose chez les hommes. Les indications du traitement sont rares; outre les cas où l'épilation est indiquée par certaines maladies du follicule pileux (folliculites récidivantes des narines, de la lèvre supérieure, de la barbe), il ne faut traiter en fait d'hypertrichose vraie que le développement exagéré des poils sur la face dorsale du nez et dans l'espace intersoucilier.

Il faut résister autant qu'on le pourra aux sollicitations de ceux qui viennent demander l'aide de l'électrolyse pour supprimer : *a)* des cheveux descendant trop bas sur le front ou vers les tempes ; *b)* des sourcils trop fournis sur le front ; *c)* des poils remontant trop haut sur les joues vers les pommettes ; *d)* des poils descendant trop bas dans le cou ; *e)* les poils des oreilles ; *f)* des poils volumineux situés sur la face dorsale des mains et des doigts ; *g)* de longs poils siégeant à la région lombaire.

Hypertrichose chez les femmes. Les indications de l'électrolyse sont multiples, et, à ce point de vue, l'auteur divise les femmes en trois catégories : celles qui sont âgées de moins de vingt-cinq ans ; celles qui ont de vingt-cinq à quarante ans ; celles qui ont dépassé quarante-cinq ans.

C'est surtout *avant* 25 *ans* que les conseils à donner sont délicats.

1° S'il s'agit de *simples duvets* un peu plus longs et un peu plus volumineux que les duvets normaux, mais ne constituant pas de réelle difformité, s'ils ne semblent pas se développer avec rapidité, et s'ils ne tendent pas manifestement à se transformer en poils adultes, il faut donner le conseil de *ne rien faire*, d'attendre patiemment. Mais surtout il faut bien recommander de ne pas arracher, de ne pas flamber, de ne pas couper les duvets, de ne se servir ni de pilivores ni d'épilatoires, de ne pas appliquer trop de pommades ou de cataplasmes, de ne pas faire des frictions excitantes.

On pourra simplement conseiller, lorsque la malade est brune, des applications d'eau oxygénée, qui blondit légèrement le duvet et le rend beaucoup moins visible.

Ce n'est que dans le cas où le duvet se développe rapidement, qu'on peut conseiller l'électrolyse avant la transformation du duvet en poils volumineux, et cela en vue de rendre la cure plus facile.

2° Quand l'hypertrichose n'est représentée que par une *ombre légère à la lèvre supérieure*, il faut également engager la personne à ne *rien faire* ; c'est, d'après l'avis du d^r Brocq, une obligation morale pour le médecin de résister au désir des malades et de refuser d'opérer. Il doit faire connaître l'état réel de la question, les difficultés, les longueurs de la médication, la possibilité de légères cicatrices, s'il y a la moindre inadvertance de la part de l'opérateur. Il doit enfin faire remarquer que parfois, surtout chez les brunes, l'ensemble du visage est moins gracieux, moins harmonieux quand on a totalement enlevé le duvet qui recouvre la lèvre supérieure. En pareil cas, la ligne de conduite consiste à faire tout possible, *en forçant la note*, *pour dégoûter les malades de l'opération.*

Mais si, après un ou plusieurs refus de la part du médecin, il est

bien avéré que l'hypertrichose, quelque légère qu'elle soit, est pour la malade une cause d'obsession, si la trichophobie est assez accentuée pour menacer la santé ou la raison du sujet, l'on ne doit pas hésiter plus longtemps.

3° Si la personne présente *quelques poils volumineux au menton au coin des lèvres*, on est autorisé à les *enlever* à la demande des intéressées, en les prévenant que très probablement, tous les six mois ou tous les ans, elles auront à faire enlever quelques nouveaux poils qui se seront développés.

4° S'il s'agit d'*hypertrichose moyenne ou accentuée du devant de la poitrine, des seins ou de l'espace présternal* entre les seins, il faut *engager vivement à opérer*. Rien n'est aussi disgracieux que l'hypertrichose de ces régions; quand elle existe, elle empêche tout décolletage, et les femmes qui en sont atteintes ne montrent ces régions qu'avec la plus grande honte. Or, l'opération électrolytique est ici fort satisfaisante : il n'y a presque point de repullulation, même chez les femmes de vingt-cinq à quarante-cinq ans.

5° S'il s'agit d'*hypertrichose accentuée des bras et des jambes*, *n'intervenir que contraint*, car les opérations sont douloureuses, des plus longues, et les traces laissées par les piqûres mettent parfois beaucoup de temps à disparaître complètement, surtout aux membres inférieurs.

Par contre, énergiquement refuser d'intervenir, sauf dans le cas de trichophobie accentuée, quand il s'agit de duvets acceptables des bras et des jambes.

6° Lorsqu'il s'agit d'*hypertrichose développée de la figure*, il faut *engager les jeunes filles à l'opération*. Pour la plupart d'entre elles, c'est presque une question vitale, c'est la possibilité de se marier, de se faire une famille, si elles arrivent à supprimer leur difformité; c'est toute une série d'humiliations, de blessures incessantes d'amour-propre qu'elles peuvent éviter, et qui conduisent beaucoup de ces malheureuses à l'hypochondrie et à la claustration absolue.

En ce qui concerne le traitement, si la malade est dans une condition sociale telle qu'elle puisse faire la dépense relativement considérable qu'entraînent de longues séries de séances, il faut lui conseiller de se faire opérer par un médecin ayant l'habitude de l'électrolyse.

Si la malade ne peut supporter les frais d'un traitement fait par un homme de l'art, elle pourra se faire opérer par une personne adroite de sa famille, par le mari ou par une sœur ou par un frère, à la rigueur par la mère L'opérateur improvisé doit prendre plusieurs leçons, répéter l'opération devant le spécialiste; on peut obtenir ainsi d'excellents résultats.

Quant il s'agit d'hypertrichose du menton, de la lèvre supérieure,

de la poitrine et des membres, les malades peuvent s'opérer elles-mêmes.

Chez les *femmes âgées de 25 à 45 ans*, le médecin devra en principe *ne pas conseiller l'opération;* il s'agit en effet, presque toujours, à cet âge-là, de femmes mariées dont les maris sont opposés à l'électrolyse, et qui ne se font traiter que par pure coquetterie.

Inversement, si ce sont les maris qui réclament l'opération, il faut, quelle que soit l'hypertrichose, la pratiquer immédiatement.

Il est bien entendu que si ces personnes se trouvent dans les mêmes conditions que les jeunes filles de la catégorie précédente, il faut leur appliquer les mêmes règles, c'est-à-dire ne pas intervenir en cas de duvets, qu'ils soient même très touffus, ne détruire que les poils qui constituent réellement une difformité, et encore dans le cas seulement où ceux-ci ne sont pas accompagnés d'un duvet intermédiaire épais, car il peut arriver en ce cas que l'électrolyse des poils adultes entraîne le développement en poils adultes du duvet ambiant.

Enfin, *chez les femmes à partir de 45 ans*, d'une manière générale *ne rien faire*, parce que l'intervention n'aurait pas de réelle utilité pour des raisons d'ordre extra-médical faciles à saisir; cependant, s'il s'agit de personnes fort affectées d'avoir aux lèvres et au menton ces touffes de poils disgracieux qui se développent si fréquemment à partir de quarante ans, il ne faut pas déconseiller d'opérer, après avoir averti le sujet de tous les ennuis de l'intervention. L.

LES NÉVRALGIES PELVIENNES.

La plupart des femmes hystériques ou neurasthéniques éprouvent dans la région des ovaires, de l'utérus, ou en général vers le petit bassin des sensations pénibles, douloureuses. Chez certaines d'entre elles ces sensations s'exagèrent jusqu'à prendre l'allure de véritables névralgies; c'est ce qu'on a appelé les névralgies pelviennes.

Les praticiens ont un grand intérêt à être familiarisés avec ce syndrome clinique, qui, depuis quelques années, fournit aux gynécologues peu scrupuleux l'occasion facile d'entreprises chirurgicales véritablement abusives et nuisibles.

A ce titre, l'étude que le Dr Labadie-Lagrave lui a consacrée dans le *Journal des Praticiens*, mérite d'être résumée.

Il range dans le cadre des névralgies pelviennes les douleurs qui se produisent en l'absence de lésions suffisantes pour expliquer cliniquement leur nature et surtout leur intensité extraordinaire, et en écarte les douleurs symptomatiques de diverses lésions, telles que la rétroversion utérine.

Richelot a donné le nom de grandes névralgies pelviennes aux phénomènes douloureux, graves, permanents, rebelles, siégeant dans l'utérus ou les ovaires et s'accompagnant d'un état névropathique.

Les douleurs accusées par les malades, comme le fait observer Labadie-Lagrave, sont elles-mêmes très variables. Le plus souvent, elles siègent dans la région ovarienne, principalement à gauche. La pression les réveille et les exaspère jusqu'à provoquer même des phénomènes généraux importants, tels que l'attaque d'hystérie. Néanmoins l'utérus peut aussi être le siège des mêmes douleurs, quoique moins fréquemment. Souvent aussi, la douleur partie de l'utérus et des ovaires s'irradie dans diverses directions; certaines malades accusent des crises de cystalgie fréquentes, d'autres des douleurs du côté du rectum, des reins, ou dans divers points de l'abdomen.

Ces phénomènes douloureux sont extrêmement violents. Ils se présentent tantôt sous une forme paroxystique, lancinante, gravative : ils sont exaspérés par les mouvements et forcent certaines malades à garder l'immobilité la plus complète. Il y a cependant des périodes d'accalmie : l'utérus et les annexes restent, même dans ce cas, toujours sensibles au toucher.

L'examen local donne des résultats variables : parfois les culs de sac sont douloureux; les moindres mouvements imprimés à l'utérus réveillent des crises violentes, de même que la palpation des ovaires. Parfois, on ne trouve aucune lésion véritable et certaines malades, restées alitées depuis de longues années à cause de leurs douleurs, ont pu devenir enceintes à plusieurs reprises. D'autres fois c'est une lésion réelle, mais légère, du côté de l'utérus et des annexes, une adhérence, un reste de paramétrite, une flexion, que l'on trouve à l'origine de la névralgie pelvienne.

Les grandes névralgies sont caractérisées par la permanence des douleurs, forçant les malades à renoncer à tout travail et les obligeant à garder le lit d'une façon presque continuelle, par leur longue durée surtout, qui explique que certains sujets, découragés par l'impuissance de toute thérapeutique, réclament à grands cris les traitements chirurgicaux les plus radicaux et les moins justifiés.

L'anatomie pathologiqne donne sur la question des renseignements fort incertains. Parfois on a trouvé une dégénérescence scléro-kystique plus ou moins prononcée de l'ovaire. Le plus souvent, il est impossible de constater une lésion précise d'aucun organe. Très exceptionnellement, on trouve, à côté de la névralgie pelvienne, des phénomènes nerveux généraux établissant l'existence de lésions primitives du système nerveux central. Les nerfs de l'ovaire peuvent présenter des lésions de névrite ascendante qui expliqueraient la persistance des douleurs après la castration.

Ce qui est certain, c'est qu'*après les interventions chirurgicales, même les plus complètes, les douleurs névralgiques reparaissent comme auparavant*, après un temps plus ou moins long, quelquefois même immédiatement ; dans la plupart de ces cas, il y a lieu de se demander si l'hystérie, même considérée comme consécutive à la névralgie elle-même, n'est pas installée chez le sujet à titre définitif, sans que l'opération dirigée contre son point de départ puisse désormais y rien faire.

Pour le *traitement*, il faudra d'abord aller à la recherche des *causes*, s'il y en a, qui ont pu déterminer l'affection : causes locales, lésions de toutes sortes, lésions générales, névropathie, principalement hystérie.

Le traitement général a une grande importance. On prescrira un régime tonique, non excitant, un exercice modéré contre lequel les malades sont volontiers rebelles, en raison des douleurs que tout exercice réveille. On soutiendra leur moral par des occupations intellectuelles.

L'*hydrothérapie* peut être pratiquée en toute saison, et peut, à elle seule, procurer la guérison, si elle est bien dirigée.

Les malades retireront encore de grands avantages d'une eau thermale pendant l'été, Néris, Pombières, Luxeuil, Dax, Saint-Sauveur, Ragatz sont les stations les plus recommandées dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes.

Le traitement symptomatique est celui de toutes les névralgies. Les moyens, il faut le reconnaître, sont malheureusement parfois aussi impuissants qu'ils sont variés, depuis les narcotiques, injections de morphine, suppositoires calmants, jusqu'aux stupéfiants, aconitine et belladone.

Ce sont les moyens locaux qui donneront les résultats les moins mauvais. On aura recours à l'*hydrothérapie appliquée localement*, à l'*électricité*. Si l'on emploie ce dernier moyen, on devra distinguer entre les névalgies hystériques et les névralgies neurasthéniques. Dans le premier cas, on aura recours au *courant faradique* appliqué soit au-dessus du pubis, un électrode étant introduite dans l'utérus, soit à la faradisation intrautérine bipolaire, suivant le procédé d'Apostoli.

Dans les névralgies pelviennes d'origine neurasthénique, c'est de préférence aux *courants continus* qu'il faudra recourir, à direction descendante, appliqués sur la colonne vertébrale et au niveau des points douloureux. On pourra de même employer avec avantage les *courants alternatifs de haute fréquence* et surtout le *courant sinusoïdal*. La faradisation lombo-utérine ou lombo-vaginale donnera parfois des succès. Les séances varieront d'une durée de 10 à 20 minutes, et il

sera possible, au bout de la séance, d'obtenir la cessation complète, quoique momentanée, de la douleur. Mais les résultats durables ne seront obtenus qu'après de nombreuses séances et après des essais très variés, si toutefois ils sont obtenus. *L'électrisation statique* a une action non seulement antinévralgique, mais tonique générale et pourra, à ces points de vue, rendre des services.

Que faut-il penser de l'*intervention opératoire?* Un fait qui ressort de la plupart des observations, c'est l'inutilité de l'intervention chirurgicale. Reclus parle d'une malade atteinte de névralgie de l'ovaire chez laquelle il fit avec succès l'opération de Battey. Plus tard, les douleurs reparurent avec une telle intensité, que la malade revint réclamer une nouvelle intervention qui fut refusée. Un autre chirurgien, auquel elle s'adressa, fit l'hystérectomie. Le succès fut immédiat, mais bientôt la malade recommença à souffrir autant qu'auparavant.

Kirmisson a fait la castration chez une femme de 33 ans, nettement hystérique, qui se plaignait de douleurs très vives, irradiées dans tout le bassin, sans lésions cliniquement appréciables. Les deux ovaires enlevés étaient sclérokistyques.

Après une période favorable de 5 ou 6 mois, les douleurs pelviennes reparurent avec la même intensité qu'avant l'opération. Terrillon déclare que l'opération a donné des résultats chez des malades qui présentaient des lésions utéro-ovariennes sans hystérie. Quénu paraît considérer toute névralgie pelvienne comme étant d'origine hystérique, et posant en principe que les opérations ne réussissent pas dans l'hystérie, il pense que l'intervention est inutile dans les névralgies pelviennes. Cependant, Richelot déclare avoir obtenu une guérison complète chez une hystérique. Dans un cas de Bousquet, on enleva l'ovaire gauche douloureux chez une femme de 32 ans, souffrant de douleurs considérables irradiées dans tout l'abdomen. Pendant près d'un an, les douleurs ne reparurent pas, et on put croire à une guérison radicale. Mais la malade recommença à souffrir, et les douleurs atteignirent bientôt la même intensité qu'auparavant.

D'un autre côté, des névralgies pelviennes peuvent guérir spontanément.

Il semble même que, dans les cas où l'intervention chirurgicale a été bienfaisante, l'influence de la suggestion a été prédominante; ainsi, dans plusieurs cas, la simple laparatomie, sans ablation d'aucun organe, ou même simplement simulée, a pu suffire à procurer la guérison à certaines malades, sans doute éminemment suggestibles.

Quoiqu'il en soit, l'opération ne sera justifiée que lorsque l'application persévérante d'un traitement interne aura complètement échoué. L.

—

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES.

A propos des injections intra-utérines en obstétrique, nous avons signalé les expériences faites par Döderlein pour constater si réellement un liquide, injecté dans l'utérus avec les précautions habituelles, pouvait se frayer un chemin à travers les trompes jusque dans la cavité péritonéale.

Nous revenons en détail sur ces expériences dont le résultat est intéressant à connaître pour les praticiens.

L'auteur a choisi six utérus qui devaient être extirpés par la voie vaginale, et, immédiatement avant l'opération, après dilatation du conduit cervical afin d'assurer le libre reflux de l'excès de liquide, il a injecté une pleine seringue de Braun de l'une des trois solutions suivantes, préalablement stérilisées : quatre fois une solution de violet de méthyle, une fois de la teinture d'iode concentrée et une fois une solution forte de chlorure de zinc. Dans la première série d'expériences, une fois le violet de méthyle avait pénétré dans le Douglas et le cul-de-sac antérieur en telle quantité qu'il avait suffi à teindre tout le champ opératoire, y compris les mains ; deux fois les trompes étaient oblitérées, mais remplies de la solution colorée jusqu'au pavillon. Chez la femme qui avait reçu de la teinture d'iode, il existait une endométrite ancienne avec fongosités d'au moins un centimètre d'épaisseur; le liquide n'avait pas pénétré dans les trompes, celles-ci étant oblitérées. Dans le cas où on a fait une injection au chlorure de zinc, on trouva dans la cavité péritonéale la valeur de trois à quatre cuillerées à soupe d'un liquide trouble, laiteux, contenant de la fibrine coagulée sans éléments proprement dits, liquide provenant d'un exsudat péritonéal; la trompe droite était très rouge, tuméfiée, mais n'offrait aucun signe de véritable cautérisation.

Döderlein a encore cité l'observation suivante :

Une femme, dans un but de manœuvres abortives, s'introduit, en se servant du doigt comme conducteur, un long tube en caoutchouc mou dans l'utérus ; ensuite elle adapte ce tube à un simple clysopompe et s'injecte environ 500 grammes d'une solution de lysol très faible : aucun liquide ne ressort par les parties externes ; elle est prise de douleurs terribles; à l'examen on constate très nettement la présence d'une certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale. Heureusement pour cette femme, la solution était stérile, et le lendemain la malade était guérie et remise de sa terrible émotion.

Le prof. Olshausen estime aussi qu'il n'est pas très rare que le liquide injecté dans l'utérus traverse les trompes et pénètre dans la cavité péritonéale, même sans que la pression soit considérable et malgré toutes les précautions. Une douleur spontanée latérale indique

le côté où le liquide a pénétré; quelques heures après survient de la douleur à la pression : il se fait souvent un petit foyer de péritonite localisée.

On aperçoit, d'après ces faits, les inconvénients et les dangers des injections intra-utérines, non-seulement, comme nous l'avons dit à propos de l'antisepsie en accouchement,par l'absorption d'un liquide toxique, mais encore en d'autres circonstances par le refoulement dans la cavité péritonéale de produits septiques recueillis au passage, par exemple, dans les endométrites ou les salpingites, ou même simplement par l'irruption dans le péritoine du liquide de l'injection, s'il n'est pas aseptique; heureusement, grâce à la composition des liquides usités en injections intra-utérines, la péritonite est le plus souvent évitée. L.

—

TRAITEMENT DES MÉTRORRHAGIES.

Le Dr Halenscher recommande les injections intra-utérines d'***acétate d'alumine.***

Ce médicament dépourvu de toxicité, facile à employer, et doué même de propriétés antiseptiques, peut rendre de réels services dans la pratique courante. Son action astringente est telle qu'aussitôt après son introduction dans la cavité utérine, celle-ci se contracte avec une extrême énergie au point de gêner le retour de la canule, et que le vagin lui-même devient difficilement perméable au doigt. Quatre ou cinq injections suffisent, d'après l'auteur, pour avoir raison des hémorrhagies les plus rebelles. On emploiera pour cet usage, la seringue de Braun, ou une seringue ordinaire à laquelle on adaptera un tube de caoutchouc bien aseptisé et guidé jusque dans l'utérus : la quantité à injecter est de 30 à 40 centimètres cubes. L'auteur, qui a eu recours à ce procédé dans un grand nombre de cas, n'a jamais éprouvé d'accidents. L'emploi de cette méthode paraît surtout indiqué dans les métrites hémorrhagiques, les hémorrhagies de la ménopause et de la subinvolution, celle des fibromes, etc.

Nous rappelons que l'acétate d'alumine est un produit qui ne se rencontre qu'à l'état de solution dans l'eau, sous le nom de liquide de Burow, dont voici la formule :

Acétate de plomb	25 grammes
Alun	5 grammes
Eau	500 grammes.

Laisser reposer, puis décanter pour enlever le précipité de sulfate de plomb.

D'autre part, Siredey a traité par des applications locales de ***sérum gélatiné*** neuf cas de métrorragies graves avec un succès constant.

Il s'agissait de métrorragies, dues les unes à des corps fibreux, d'autres à des fausses couches ou à la rétention de débris placentaires ou déciduaux. Plusieurs de ces cas avaient résisté aux moyens ordinaires : injections chaudes prolongées, tamponnement, etc.

Le traitement employé a consisté dans l'un des deux procédés suivants :

Après injection d'eau bouillie tiède destinée à nettoyer le vagin des caillots qu'il contenait, on badigeonne la cavité de l'utérus avec un tampon d'ouate imbibé de gélatine ; ou bien, on introduit dans la cavité utérine une lanière de gaze stérilisée imbibée de sérum gélatiné.

Sans avoir recours au tamponnement serré, on obtient presque toujours ainsi l'arrêt de l'écoulement de sang.

La préparation du sérum est très simple ; en voici la formule :

Chlorure de sodium	7 grammes.
Eau	1 litre.
Gélatine	50 grammes.

La stérilisation se fait à l'autoclave, mais il faut avoir soin de ne pas dépasser 105° ; sans cela, la gélatine subirait des modifications dans son mode de coagulation.

A défaut d'autoclave, le stérilisation se ferait par l'ébullition.

Cette méthode a, de même que la précédente, l'avantage, sur les autres procédés d'hémostase, d'être d'une parfaite innocuité. L.

APPENDICITE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PUERPÉRALITÉ.

Comme P. Mundé l'a fait en 1894, le prof. Pinard (1) vient d'attirer l'attention des gynécologues et des accoucheurs sur les rapports que peut présenter l'appendicite avec la puerpéralité à toutes ses périodes.

Une primipare à 6 mois, sans aucun passé médical, est prise en promenade de douleurs très vives dans la fosse iliaque droite; puis de vomissements alimentaires, bilieux et poracés — constipation malgré l'ingestion de purgatifs.

Cinq jours plus tard elle entre à la clinique Baudelocque : ballonnement considérable du ventre avec circulation collatérale très apparente de la paroi dans la région iliaque droite; ventre douloureux au palper; point de Mac Burney très net; utérus *ad ombilicum*, pouls à 120, température à 37,2, qui le soir monte à 37,8. Diagnostic : appendicite avec péritonite généralisée.

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris*, p. 295. Séance du 22 mars 1898.

Le lendemain Segond pratique à droite une incision de 6 centim., parallèle à l'arcade de Fallope : il s'écoule du péritoine un flot de pus fétide au milieu duquel nageaient l'ovaire et la trompe, très congestionnés. Les doigts plongent dans un vaste foyer rétro-cœcal et reconnaissent que le pus libre dans la cavité péritonéale contourne l'utérus repoussé en avant, et existe en abondance dans la fosse iliaque gauche. Pour cette raison une incision analogue est pratiquée à gauche. Il s'en écoule encore du pus, mais moins fétide.

On place de chaque côté deux drains en canon de fusil, dont les extrémités profondes se rejoignent dans le Douglas et, par les drains, on fait passer de l'eau bouillie jusqu'à ce qu'elle revienne absolument claire.

Dans la soirée le travail se déclare : la température est à 38,2, le pouls 150. Délivrance naturelle; après laquelle le pouls se met à fléchir rapidement. La femme meurt 9 heures après sa délivrance.

A l'autopsie, adhérences entre l'utérus et l'intestin; l'appendice accollé au cœcum et comme maçonné dans des adhérences, présente deux perforations.

Le sang du fœtus fournit des cultures pures de colibacille.

En compulsant ce qui a paru sur la question, Pinard est parvenu à dresser un tableau de 45 observations :

30 *cas opérés :* mortalité totale : 1° maternelle 10 = 33 p. c., 2° infantile 11 = 36 p. c

a) péritonites enkystées 22 : mortalité maternelle 5 = 25 p. c.

b) péritonites généralisées 8 » » 5 = 62 p. c.

15 *cas non opérés :* mortalité totale : maternelle 13 p. c., infantile 13 p. c., péritonites généralisées 2; mères mortes, 2 = 100 p. c.

Mundé disait en 1896 : « Pour conclure je pense que les nombreux exemples d'appendicite, avec ou sans suppuration, se produisant pendant la grossesse ou le travail, qui ont été relatés depuis la publication de mon *Mémoire*, il y a environ un an, doivent nous engager à nous mettre en garde contre cet accident et à traiter la maladie sans nous préoccuper de l'existence de la grossesse. C'est pourquoi je ne suis pas de l'avis des médecins qui veulent, pour la cure de l'appendicite, provoquer l'avortement ou l'accouchement. »

L'appendicite pendant la grossesse, dit Pinard, doit être traitée chirurgicalement plus rapidement que dans n'importe quel autre cas, et cela, en raison des rapports du foyer infectieux avec l'appareil génital. Quelle que soit la voie que suive l'infection, les deux existences sont menacées. E. H.

—

POSITION DE TRENDELENBURG UTILISÉE POUR LE DIAGNOSTIC.

Marion Sims a montré qu'en plaçant la femme dans la position genu-pectorale, tout le poids des organes intra-abdominaux se reporte vers le diaphragme et la masse intestinale cesse de peser sur la matrice. Pour peu que l'air s'engouffre en ce moment dans le vagin, la pression atmosphérique le distend du poids d'une colonne de mercure qui aurait la surface vaginale pour base et environ 76 centimètres de hauteur. Déchargée d'un côté et poussée de l'autre, la matrice avec ses annexes s'écarte énergiquement du plancher pelvien.

Tous les jours les gynécologues s'aident de ces données physiques pour la reposition d'utérus abaissés ou rétroversés.

A l'exemple de Trendelenburg, les chirurgiens utilisent aussi la position de l'opérée et l'inclinent de façon à ce que les intestins glissent vers le thorax et désobstruent le bassin.

Freund, de Strasbourg, le premier, semble avoir eu recours à ce moyen si rationnel et si simple pour parfaire des diagnostics d'affections pelviennes, difficiles ou impossibles à obtenir par les procédés d'exploration classiques.

La position déclive facilite singulièrement les recherches dans les cas où les parois abdominales sont trop tendues, trop épaisses ou trop sensibles; dans les cas d'ascite et dans la plupart des cas où il importe de se renseigner avec précision sur des tuméfactions ou des tumeurs périutérines. E. H.

LES PSYCHOSES PUERPÉRALES.

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratique* donne le résumé de l'étude que M. le dr F. Jaisson vient de consacrer aux troubles mentaux de la grossesse, de l'accouchement, des couches et de la lactation. M. Jaisson divise les psychoses puerpérales en 4 groupes.

Ir Groupe. Les psychoses du début de la grossesse. Elles n'affectent pas un type spécial; elles évoluent sur un terrain préparé par des antécédents névropathiques héréditaires et personnels; la grossesse n'est que l'agent provocateur des troubles mentaux. Ces psychoses ne comportent pas un pronostic grave et guérissent ordinairement de quelques jours à quelques mois après l'accouchement.

IIe Groupe. Les psychoses de l'éclampsie peuvent se montrer dès le 7e mois de la grossesse et l'auto-intoxication apparaît ici comme un facteur, sinon exclusif, du moins de premier ordre. Elles revêtent souvent la forme très bien décrite en Allemagne sous le nom de *Confusion hallucinatoire à évolution aiguë*, type de l'infection ou de l'auto-infection. Le pronostic est plus réservé que dans le cas précé-

dent, parce que ce sont des malades qui s'infecteront facilement au moment de l'accouchement. Elles évoluent souvent vers la guérison, mais on observe aussi quelquefois le passage à l'état de démence chronique.

III[e] Groupe. Les psychoses de l'infection puerpérale, plus rares maintenant qne l'on sait prévenir la streptococcie obstétricale et lutter avantageusement contre elle, présentent une gravité particulière. On peut admettre, consécutivement à l'infection puerpérale, deux grands groupes de désordres mentaux : le premier, caractérisé par l'affaiblissement en masse des facultés intellectuelles, et celui des démences, soit aiguë (confusion mentale) soit chronique d'emblée (démence primitive); le second, caractérisé par la déviation, l'incoordination de ces mêmes facultés qui restent néanmoins intactes, comprend la manie, la mélancolie, et leur combinaison, la folie circulaire, enfin les délires des dégénérés.

Quel que soit l'aspect clinique, à cette période, la folie est grave. M. Budin a rapporté le cas d'un de ses confrères qui était venu le consulter pour une jeune femme qui, peu de temps après un accouchement, fut prise d'accès de gaité tout à fait inexplicables. Le médecin fut stupéfié en apprenant de la bouche du maître que cette malade, qui avait toutes les apparences d'une santé florissante, était perdue à bref délai. Le magistrale leçon du d[r] Budin se terminait par ces paroles : « Méfiez vous toujours d'une femme qui change de caractère après un accouchement ; prenez avec soin la température, voyez si le col ferme bien ; vous allez probablement avoir à intervenir, s'il n'est déjà trop tard ».

IV[e] Groupe. Enfin les psychoses des nourrices peuvent revêtir différentes formes. Contrairement à ce que pensait Régis, pour qui la folie de la lactation affectait toujours le type de la mélancolie. Les fatigues et les soucis de l'allaitement expliquent la psychose, mais n'en déterminent pas la forme qui reste subordonnée aux prédispositions individuelles. Le pronostic est relativement bénin, et la guérison survient au bout de quelques mois dans la grande majorité des cas.

E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 30 *avril* 1898.

Le 7 avril est décédé à Rostock, à l'âge de 62 ans, M. le professeur George Dragendorff, bien connu par ses travaux sur la toxicologie.

Il enseigna pendant une trentaine d'années la pharmacie à l'Université de Dorpat et appartint à l'Académie en qualité de Correspondant d'abord, ensuite comme Membre honoraire.

1. Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail de M. le Dr S. Soukhanoff, médecin de la clinique psychiatrique de l'Université de Moscou, intitulé : *De l'influence de l'intoxication arsenicale sur les cellules nerveuses.* — M. Van Bambeke, Rapporteur.

A mesure que se perfectionnent les méthodes de recherches, on parvient à pénétrer plus avant dans la structure des parties constituantes de l'organisme et à élucider le rôle qu'elles sont appelées à remplir. C'est le cas en particulier pour un élément histologique des plus importants : la cellule nerveuse. Grâce à la méthode dite de Nissl, basée sur la façon dont cette cellule se comporte vis-à-vis du bleu du méthylène, nous connaissons mieux sa constitution intime et les changements qu'elle éprouve sous l'influence de divers modificateurs.

Le travail présenté à l'Académie par M. Soukhanoff est une intéressante contribution à ce genre d'investigations.

L'auteur a étudié l'influence de l'intoxication arsenicale sur les cellules nerveuses motrices de la moelle épinière et sur les cellules des ganglions spinaux. Se basant sur les résultats de ses recherches faites sur le cobaye, M. Soukhanoff distingue trois degrés d'altération en rapport avec la dose de poison et la durée de l'intoxication. Sans entrer dans plus de détails à ce sujet, disons simplement, dit le Rapporteur, que la plus forte altération consiste en une vacuolisation très nette du cytoplasme, vacuolisation déjà observée dans d'autres circonstances, mais non à la suite de l'emploi de l'arsenic.

La Commission propose : D'imprimer le mémoire de M. Soukhanoff et d'adresser des remerciements à l'auteur. — Adopté.

2. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du mémoire soumis à l'Académie par M. le Dr Lucien Beco, assistant à l'Université de Liége, intitulé : *Recherches sur la valeur de l'agglutination par la formaline et le sérum des typhisés en tant que moyen de diagnostic entre le* bacillus typhosus *et le coli-bacille.* — M. Vanlair, Rapporteur.

Le travail de M. Beco comprend une série de recherches instituées en vue de préciser la valeur diagnostique de la séroréaction de Grüber-Widal. Dans un mémoire antérieur, publié en 1896 par l'Académie, l'auteur avait déjà relaté tout un ensemble de faits tendant à démontrer la non-spécificité de cette réaction. Ses expériences nouvelles viennent confirmer en tout point les conclusions formulées dans son précédent travail.

La première partie du mémoire est consacrée à l'étude comparative de l'action exercée par la formaline, dont M. Malvoz a fait connaître le pouvoir agglutinant sur des variétés de coli-bacilles provenant de sources très diverses. Dans une seconde série de recherches, les échantillons agglutinables par la formaline ont été soumis au contact du sérum des typhisés. Enfin, en troisième lieu, ces mêmes coli-bacilles ont subi l'action du sérum antityphique expérimental.

Dans tous ces cas, un grand nombre de coli-bacilles n'appartenant même pas aux variétés para-coli-bacillaires ont présenté le phénomène de l'agglutination avec au moins autant de promptitude et d'intensité qu'un *bacillus typhosus* très sensible servant de témoin. D'où l'on doit conclure que la faculté d'être agglutiné par la formaline, par le sérum des typhisés et par le sérum antityphique expérimental ne saurait être considérée comme une propriété spécifique du bacille d'Eberth, cette propriété appartenant également — et au même degré — à certaines variétés de coli-bacilles qui ne sont même pas des formes voisines du *bacillus typhosus*.

Le résultat des recherches exécutées avec le sérum des animaux immunisés par le seul bacille typhique tend en outre à infirmer l'hypothèse des partisans de la spécificité absolue de la séroréaction, hypothèse d'après laquelle il existerait constamment dans la fièvre typhoïde deux infections distinctes, parallèles ou consécutives, l'une appartenant en propre au typhus, l'autre constituée par une coli-bacillose.

La Commission propose des remerciements à l'auteur et l'insertion de son mémoire dans le *Bulletin* de l'Académie — Adopté.

3. Rapport de la Commission chargée d'examiner le mémoire soumis à l'Académie par M. Duyk, pharmacien à Ixelles, portant pour titre: *Contribution à l'étude de l'essence de thym.* — M. Van Bastelaer, Rapporteur.

L'auteur, pour donner à son mémoire une valeur indiscutable, a commencé par préparer lui-même, dans les meilleures conditions, une essence de thym type et pure.

Les deux grandes fraudes usitées sont la soustraction d'une portion de thymol et l'addition de pinène.

La plupart des analyses publiées par les auteurs ont été faites sur des produits falsifiés de cette nature.

L'auteur indique les méthodes d'analyse les plus sûres et les plus rationnelles. Il fait ressortir les caractères qui décèlent les mélanges d'essence de térébentine et autres fraudes, et insiste sur l'application du procédé de l'échauffement sulfurique à l'étude des essences, Il décrit ensuite la recherche par le procédé de saponification, auquel il attribue avec raison la plus grande importance.

La partie capitale du mémoire est le résumé en tableau des nombreuses opérations pratiquées par l'auteur, et l'indication de leur valeur.

La Commission propose l'impression du mémoire dans le *Bulletin* et l'inscription de l'auteur sur la liste des candidats au titre de Correspondant. — Adopté.

Contribution à l'étude bactériologique de la diphtérie aviaire ; par MM. Gratia, Correspondant, et Liénaux, agrégé à l'Ecole de médecine vétérinaire de l'Etat, à Cureghem.

Dans une précédente communication au sujet de la diphtérie aviaire envisagée dans ses rapports avec la diphtérie humaine, MM. Gratia et Liénaux ont indiqué, pour résoudre cette question d'identité entre

les deux maladies, différents procédés expérimentaux de contrôle, à savoir : 1° les *essais thérapeutiques du sérum antidiphtérique* sur les oiseaux malades ; 2° les *cultures comparatives* des germes existant de part et d'autre dans les fausses membranes ; 3° les *inoculations de cultures pures* à des sujets choisis comme réactifs.

Les auteurs ont limité exclusivement le terrain de leurs recherches à la diphtérie aviaire, à fausses membranes et à cacactère épizootique, qu'ils désignent provisoirement sous le nom de diphtérie vraie des volailles, éliminant ainsi toutes les autres affections similaires ou susceptibles d'être confondues avec elle et, entre autres, le coryza contagieux ou niflet, que MM. Schrevens et Léon Gallez ont visé dans leurs travaux.

Dans les premiers essais, l'action du sérum de Roux et Behring chez les oiseaux atteints de diphtérie leur avait paru nulle pour la poule comme pour le pigeon. De nouvelles applications de cette méthode thérapeutique ont confirmé ces résultats négatifs et la conclusion qui en découlait, c'est-à-dire que l'inefficacité du sérum était un argument plutôt défavorable à la thèse des partisans de l'identité de la maladie chez l'homme et chez les oiseaux.

En partant de l'examen des fausses membranes de la poule et du pigeon, MM. Gratia et Liénaux ont isolé la plupart des germes de la flore buccale de ces animaux, tels que coli-bacilles, staphylocoques, tétragène, bacilles divers.

Mais aucun de ces microbes ne s'est révélé comme l'agent spécifique de la diphtérie des volailles. Les auteurs n'ont jamais rencontré le bacille de Loir et Ducloux, ni la maladie meurtrière observée en Tunisie par ces derniers.

Par contre, MM. Gratia et Liénaux ont trouvé régulièrement dans la bouche des pigeons malades, et jamais dans celle des pigeons sains, un bacille qui offre les plus grandes affinités avec celui de Klebs-Löffler. Ce germe n'existait pas dans les fausses membranes de la poule ; il existait dans les mucosités nasales d'une poule atteinte de coryza contagieux.

Il s'agit d'un bâtonnet arrondi et renflé à ses deux extrémités ou à l'une d'elles seulement, présentant d'ordinaire dans son épaisseur, après coloration, des grains superposés, disposés transversalement et séparés par des espaces clairs. Sa longueur varie de 2 à 14 μ. Il se colore faiblement par la thionine phéniquée, fortement par le bleu de méthylène et le Ziehl ; il prend le Gram.

Sur sérum, il se cultive rapidement ; les colonies sont déjà bien développées après douze à dix-huit heures pour une température de 35° ; elles ont une forme arrondie, parfois avec relief central.

En bouillon peptonisé, la culture se montre sous forme de grains blancs adhérents à la paroi du tube ou surnageant le liquide ; le bouillon s'acidifie rapidement.

Inoculé à la poule ou au pigeon par n'importe quelle voie ou quel procédé, il ne reproduit pas la maladie typique ; il en est du reste habituellement ainsi de l'inoculation des fausses membranes elles-mêmes.

Chez le cobaye, son action est faible ou nulle; tout au plus produit-il un peu d'œdème qui disparaît plusieurs jours après s'être induré. Les sujets inoculés maigrissent alors assez fortement. Des doses élevées de culture, injectées dans le péritoine, ne donnent rien.

D'après cette description, on voit que ce bacille ressemble beaucoup à celui de la diphtérie humaine, à la virulence près. Est-ce le bacille de Löffler atténué, ou bien s'agit-il d'un bacille pseudo-diphtérique ?

C'est ce que les auteurs ont cherché à résoudre au moyen des critériums donnés comme les meilleurs réactifs différentiels de ces bacilles.

Sous l'emploi de la *méthode de Spronck*, l'action du bacille du pigeon ne s'est pas modifiée chez le cobaye préalablement vacciné avec du sérum antidiphtérique.

La *réaction colorante de Neisser* lui donne une teinte brune uniforme comme à un pseudo-diphtérique ; c'est à peine si l'on observe quelques rares spécimens à pôles colorés en bleu.

Cultivé avec le *milieu de Martin*, sa virulence ne se renforce guère et sa toxicité reste sensiblement la même vis-à-vis du cobaye.

En conséquence, MM. Gratia et Liénaux se croient autorisés à conclure qu'*il existe dans la bouche des pigeons atteints de diphtérie épizootique un bacille très semblable à celui de Klebs-Löffler par ses caractères morphologiques, par ses cultures et par certaines de ses réactions chimiques, mais, par contre, ne présentant qu'une virulence faible ou nulle pour le cobaye.*

N'ayant pu démontrer d'une façon irréfutable, faute de critériums différentiels suffisants, s'il s'agit dans l'espèce d'un bacille pseudo-diphtérique ou du bacille de Klebs-Löffler atténué, ils laissent la question ouverte, et, quoique l'impression qui se dégage pour eux de leurs recherches soit plutôt en faveur de la première hypothèse, les auteurs admettent cependant qu'il existe tout au moins une présomption en faveur de la seconde, et que, par conséquent, il y a lieu d'en tenir compte au point de vue de l'hygiène.

— La communication de MM. Gratia et Liénaux sera insérée au *Bulletin*, et, à la demande de M. Schrevens, fera l'objet d'une discussion dans une prochaine séance.

Personne ne demandant la parole, pour discuter les communications de MM. Heger *(Préparations microscopiques du cerveau d'animaux endormis et du cerveau d'animaux éveillés)* ; — Van Gehuchten *(Le phénomène de chromatolyse)* ; — Peeters *(Préparations microscopiques de cerveaux d'aliénés : état moniliforme, chromatolyse, appendices piriformes)* ; — Van Gehuchten et Nelis *(Quelques points concernant la structure des cellules des ganglions cérébro-spinaux)* ; — Masius et Mahaim *(Recherches expérimentales sur les lésions de la rétine et du nerf optique déterminées par l'intoxication filicique)*. — La discussion de ces sujets est rayée de l'ordre du jour.

ÉTUDE SUR LES NÉVROSES TRAUMATIQUES.

(Suite et fin.)

Le diagnostic de névrose traumatique ne peut être posé avant d'avoir obtenu une réponse négative aux deux questions suivantes :

1° Les symptômes ne sont-ils pas simulés?

2° N'existaient-ils pas avant l'accident?

La question de la *simulation*, si fréquemment soulevée à propos d'affections d'origine psychique, présente un intérêt considérable dans les névroses traumatiques. Les intérêts pécuniaires en jeu, la nature purement subjective et la durée anormale de beaucoup de symptômes, parfois la moralité douteuse de la victime font que très souvent des soupçons de simulation ou au moins d'exagération planent sur la situation. Les autorités appelées à juger dans des cas de cette nature s'adressent à la science médicale dans l'espoir d'y trouver les éléments capables de trancher les difficultés. Nous ne devons pas le dissimuler, le problème est parfois insoluble, car nous ne connaissons aucun moyen de déjouer infailliblement la tromperie.

Il est démontré par l'expérience que la simulation affecte habituellement certaines modalités. Ainsi, le simulateur se hasardera rarement à feindre des symptômes qu'il n'a jamais éprouvés. Habituellement il fait appel à des souvenirs pathologiques de sa vie passée pour édifier une affection simulée. Mais le plus souvent la simulation consiste en ceci que la victime attribue faussement à l'accident des symptômes existant avant cet évènement. Dans le premier cas nous avons affaire à un individu sain simulant la maladie, dans le second cas nous nous trouvons en présence d'un malade qui nous trompe sur l'origine de la maladie. Démontrer que le premier est sain et que les symptômes du second existaient avant l'accident, c'est déjouer par le fait même la simulation, en supposant bien entendu que le patient dans le second cas ait eu connaissance de l'existence antérieure des troubles nerveux.

Existe-t-il une pierre de touche permettant de séparer sans erreur

l'individu normal de l'individu pathologique ? Les spécialistes dans cette branche de la médecine attachent une grande valeur à l'examen du champ visuel dans ces cas. Le rétrécissement concentrique du champ visuel est un symptôme très fréquent des affections nerveuses d'ordre fonctionnel et spécialement des névroses traumatiques. D'autre part ce phénomène se prête entre les mains exercées des oculistes à une série de contrôles (par exemple variation déterminée d'avance du champ visuel suivant la grandeur de l'objet présenté, suivant la distance du plan et de l'œil examiné ; modalités spéciales du champ visuel pour différentes couleurs, etc.) si bien que la simulation de ce symptôme ne peut être essayée avec succès. Mais le rétrécissement du champ visuel n'est pas un phénomène constant des névroses traumatiques et ce contrôle ne sera jamais à la portée des médecins. Il ne nous restera donc, en dehors de la ressource d'adresser ces sujets à des spécialistes, que de nous contenter, à l'exemple de Strumpell, d'autres moyens : c'est-à-dire nous baser sur l'impression psychique d'ensemble de l'individu, faire l'étude attentive et prolongée, dans un hôpital s'il le faut, des données objectives, de la constance des symptômes. On ne négligera pas davantage les circonstances accessoires, les indices de la vie antérieure et ultérieure à l'accident du patient, les évènements qui l'intéressent personnellement ou sa famille, les moyens d'existence antérieurs comparés à la rente espérée, etc.

Les difficultés ne sont pas moins grandes, si, comme il arrive le plus souvent, le simulateur est effectivement un névropathe et reporte trompeusement sur l'accident subi les symptômes pathologiques qu'il présente. Si le médecin appelé à se prononcer n'a pas connu les antécédents pathologiques de l'individu, il se trouvera dans l'impossibilité de trancher la question. Ce sera le plus souvent le cas. De là est venue l'idée, non encore réalisée cependant, de soumettre les individus affiliés à une caisse d'assurance-accidents, à un contrôle répété portant sur l'existence des symptômes de la névrose traumatique. D'après les recherches récentes de Saenger, sur 100 ouvriers pris au hasard et n'ayant pas subi d'accident, 6.7 p.c. présentaient un rétrécissement concentrique du champ visuel aux deux yeux, 4 p. c. présentaient des anesthésies légères, un très grand nombre l'exagération des réflexes et des troubles des pulsations du cœur. Bref, ces individus,

s'ils avaient subi le moindre accident, auraient pu jouir d'une rente sans devoir se mettre en d'autres frais de simulation que quelques plaintes vagues de rachialgie ou de céphalalgie.

Il n'est pas nécessaire d'attribuer ces manifestations pathologiques d'individus, normaux en apparence, à une affection d'origine psychique, telle que l'hystérie. Le système nerveux du travailleur moderne est exposé à tant d'insultes et de causes de dérangement qu'on a le droit de s'étonner que le nombre d'individus anormaux n'est pas plus considérable.

L'alcoolisme, l'abus du tabac, le surmenage, la syphilis, l'artériosclérose, l'hérédité, voilà autant de causes capables d'engendrer des manifestations nerveuses pouvant fausser considérablement l'appréciation des troubles survenant après les accidents. On voit donc combien est ardue la tâche de l'expert, appelé à démêler dans ce faisceau morbide la part qui revient aux tares héréditaires et acquises, à l'accident, à l'exagération préméditée et à la simulation. D'autre part une affection organique méconnue peut singulièrement compliquer l'examen médico-légal.

Saënger en cite un bel exemple : il s'agit d'un ouvrier qui avait fait une chute pendant son travail. D'après les données de l'ouvrier, le côté droit aurait été paralysé et l'usage de la parole perdu pendant quelque temps après cet accident. Mais depuis cette époque le patient se plaignait de douleurs de tête et de vertige. L'examen attentif révéla simplement un léger degré d'analgésie aux extrémités. La plupart des médecins qui avaient examiné la victime croyaient à une simulation évidente, d'autant plus que son attitude insolente, l'usage immodéré d'alcool et l'incertitude de ses déclarations le rendaient spécialement suspect. Saënger, en présence de la constance des plaintes subjectives, pencha vers une névrose traumatique. La mort de l'ouvrier, survenue deux ans après par suite d'un suicide, permit de constater à l'autopsie la présence de nombreux cysticerques dans la pie-mère du cerveau. L'infiltration calcaire de ces productions leur fit attribuer une origine bien antérieure à l'accident. L'enquête établit du reste qu'avant ce dernier événement l'ouvrier s'était fait traiter dans un hôpital pour céphalalgie et bourdonnements d'oreilles, symptômes dus à la présence de cysticerques dans le cerveau.

Le *pronostic* des névroses traumatiques, regardé comme très sombre pendant longtemps, s'est beaucoup adouci pendant ces dernières années. Il faut cependant en excepter les lésions sérieuses du crâne, dont la réputation détestable n'a pas été surfaite.

Le *traitement* des symptômes névrosiques survenant après les accidents a subi également une autre orientation, par suite de la connaissance plus exacte de leur nature intime. Le médecin, ayant à traiter dans la pratique un cas de neurasthénie, d'hypochondrie ou de mélancolie, se gardera sévèrement d'émettre un pronostic trop sombre ou de prédire une incapacité durable de travail. Il évitera surtout de communiquer ses craintes au patient lui-même. Agir autrement serait paralyser de cœur léger toute intervention thérapeutique. Les mêmes règles s'appliquent incontestablement aux phénomènes nerveux d'ordre fonctionnel que nous avons étudiés.

Le traitement repose donc uniquement sur la suggestion, une fois les symptômes déclarés. Mais l'intervention médicale peut être plus efficace avant cette époque, pendant l'incubation de cette maladie. « L'expérience apprend, dit Strümpell, que les symptômes psychogénétiques survenant à la suite d'accidents ne se montrent que lorsque les conséquences anatomiques de la lésion ont complètement disparu. Les blessés une fois déclarés « guéris » et rendus à leurs occupations s'abandonnent au doute et à des tentations intéressées. Le contraste entre le labeur fatigant et l'agréable fainéantise se dresse devant leurs yeux. Ils se demandent si réellement toutes les conséquences de l'accident sont définitivement écartées, s'ils n'ont plus le droit de réclamer une indemnité ultérieure. » C'est alors le moment décisif le plus important au point de vue pratique dans tout le cours de l'accident. La conduite judicieuse du médecin à cette époque est parfaitement en mesure d'étouffer dans l'œuf la névrose traumatique naissante. Si le médecin qui a soigné d'abord le patient reconnaît que des plaintes non fondées se font entendre, qu'elles proviennent de conceptions hypochondriaques, intéressées ou autres, il est de son devoir de couper court à ces velléités morbides par une déclaration ferme ou par une invitation sérieuse à la reprise du travail. Si malheureusement le médecin montre quelque hésitation en se retranchant dans son rapport derrière des diagnostics douteux « d'adhérences internes »

ou de « névroses traumatiques », si par dessus le marché le patient reçoit l'assurance d'une rente pour quelque temps, le branle est donné pour une série interminable de discussions, expertises et contre-expertises. Le malade s'obstine de plus en plus et la névrose traumatique est installée définitivement. « *C'est donc au médecin, appelé à donner les premiers soins aux victimes d'accidents ou à faire le premier rapport sur leur état, qu'incombe le devoir de prévenir l'éclosion des névroses traumatiques* (Strümpell). »

Dans la pratique, le médecin remplira le mieux ce desideratum en évitant soigneusement d'influencer défavorablement la suggestibilité exaltée de la victime. Nous savons déjà que quelques-uns redoutent pour ce motif des recherches trop circonstanciées des symptômes objectifs. Crainte exagérée sans doute, car il n'est pas impossible de fournir séance tenante la preuve à la victime que, par exemple, certaines anesthésies des membres ou le rétrécissement du champ visuel n'ont aucune influence sur la capacité de travail ni sur l'habileté manuelle en particulier. Si d'autre part nous sommes forcés de faire certaines réserves nécessitées par l'ambiguité des symptômes à cette période précoce, il ne nous est pas impossible de mettre notre responsabilité à l'abri sans pour cela confier nos perplexités à l'entourage et surtout à l'intéressé. Il suffirait pour cela de faire parvenir le rapport d'expert directement à qui de droit.

Une seconde indication pratique est de ne rien négliger pour que le blessé reprenne le plus vite possible ses occupations habituelles. Il est extrêmement rare que le blessé ouvrier affilié à une assurance-accidents reprenne l'ouvrage sans y être poussé par son médecin et il faut souvent une vive insistance pour qu'à la première tentative de reprise il ne revienne pas découragé ou décidé à réclamer un nouveau répit. Ce n'est qu'après plusieurs tentatives que la confiance et la sécurité reviennent. Il est évident qu'il y a tout avantage à graduer la difficulté du travail avec le retour progressif de la capacité de travail. Malheureusement cette graduation s'accorde difficilement avec les besoins de l'industrie où ces incapacités relatives n'ont pas grande chance d'être admises et où l'ouvrier ne peut rentrer que s'il présente une « patente nette » de santé. Il se fait ainsi que pour le malheur de ces ouvriers et au grand détriment des caisses de secours, l'incapacité « officielle » de travail dépasse souvent les limites permises.

Pour conjurer ces dangers, dont l'évidence s'est imposée depuis longtemps dans les pays où l'assurance-accidents est obligatoire, divers auteurs ont imaginé de classer les blessés en certaines catégories suivant leur plus ou moins grande capacité de travail. Un *office du travail* spécial pour ouvriers blessés leur fournirait une occupation répondant aussi bien que possible à leurs facultés ; ceci n'est encore qu'un projet, mais pourquoi ne se réaliserait-t-il pas un jour?

Dr E. LONCIN.

A PROPOS DE LA PATHOGÉNIE DU TÉTANOS.

Il est inutile de redire que le tétanos de l'homme et des animaux est provoqué par un bacille spécial, signalé pour la première fois par Nicolaër, et reconnaît pour cause la contamination d'une plaie par des produits tétanigènes, c'est-à-dire renfermant des spores tétaniques. La spore est, en effet, une forme qui résiste aux agents de destruction et conserve sa vitalité dans les milieux extérieurs.

Les spores du bacille tétanique sont très répandues autour de nous. On les rencontre dans le sol, les poussières, les excréments des herbivores, particulièrement du cheval, les fumiers, les eaux qui les avoisinent, même les eaux les plus pures. D'autre part, les plaies qui donnent naissance au tétanos sont ordinairement des plaies insignifiantes, légères, superficielles : ce sont par conséquent les plus nombreuses. On se demande volontiers pourquoi le tétanos n'est pas plus fréquent, les éléments qui peuvent lui donner naissance étant ainsi à la fois et si multiples et si variés.

Cela provient de ce qu'en réalité, la spore tétanique pure est par elle-même impuissante, et que sa germination dans les tissus est singulièrement aidée, soit par le milieu où elle se trouve à l'état latent, soit par les circonstances qui accompagnent son introduction dans l'organisme.

Parlons d'abord des circonstances qui favorisent son développement; ce sont :

1° Le traumatisme;

2° L'infection concomitante de la plaie par d'autres organismes pathogènes.

Jadis on admettait une troisième cause secondaire : l'introduction de corps étrangers. Il est actuellement bien prouvé que ces corps n'ont par eux-mêmes aucune action spécifique, et qu'ils n'agissent que pour autant qu'ils sont septiques, c'est à-dire par les organismes qu'ils amènent dans la plaie concurremment avec la spore du tétanos.

L'action des causes secondaires sur la pathogénie du tétanos a été surtout mise en lumière par les travaux de Vaillard et Vincent, auxquels nous empruntons la majeure partie de ce travail.

Action du traumatisme. — Le traumatisme agit de deux façons :

Il ouvre une porte d'entrée à l'infection ;

Il crée un locus minoris resistentiae.

Il est intéressant au plus haut degré de connaître quelles sont les plaies qui favorisent surtout le développement du tétanos.

Indépendamment de tout autre facteur, une plaie simple, superficielle, régulière ne paraît pas réaliser des conditions propices à la germination des spores tétaniques.

MM. Vaillard et Vincent enlèvent à des cobayes un lambeau de peau d'un centimètre carré. La plaie est infectée avec 2 ou 3 gouttes de spores tétaniques pures, dépourvues de toxine (car celle-ci pourrait à elle seule produire le tétanos), puis recouverte de papier stérilisé, fixé par du collodion : le tétanos ne se produit pas.

Une plaie simple, mais anfractueuse, toutes choses égales d'ailleurs ne donne pas de résultats différents.

Par contre, si l'on produit la nécrose des tissus, les spores rencontrent des conditions favorables à leur développement et le tétanos se produit.

Au dessous d'une escharre produite par brulure, les auteurs injectent les mêmes spores tétaniques. L'éscharre est protégée comme la plaie citée plus haut : dans ces conditions le tétanos se déclare et l'animal succombe après 4 jours.

Le même résultat s'observe, si l'on fait l'inoculation à un endroit ou l'on a produit un épanchement sanguin : l'animal meurt rapidement tétanique et le foyer hémorrhagique est une culture abondante de bacilles de Nicolaër.

L'attrition d'un muscle, qui produit à la fois un foyer hémorrhagique et une destruction cellulaire, les fractures compliquées de plaies,

même les fractures simples si l'inoculation est faite au centre du foyer, sont autant de milieux éminemment favorables au développement du tétanos.

En résumé, pour créer un milieu favorable à la culture des spores tétaniques, le traumatisme doit déterminer soit une nécrose, soit un épanchement sanguin collecté ou diffus.

L'influence du traumatisme semble donc bien nette ; mais comment se fait-il que le tétanos se développe dans la plupart des cas à la suite de plaies insignifiantes, parfois au point qu'il faut chercher soigneusement la porte d'entrée du germe infectieux? Dans ces conditions il ne s'est produit pourtant ni nécrose ni hémorrhagie notables ; seulement, le microbe a rencontré des auxiliaires précieux dans la présence concomitante d'organismes étrangers, comme nous allons le voir.

Action des organismes étrangers. Cette circonstance étiologique entre le plus fréquemment en jeu dans l'histoire du développement du tétanos.

Dans les conditions ordinaires, l'inoculation se fait par un produit tétanigène, tel qu'il existe en si grande abondance autour de nous; or, ce produit renferme fatalement, outre les spores du bacille de Nicolaër, de nombreux organismes dont un seul a été bien caractérisé : le bacillus prodigiosus. Ces microbes, en attirant presque uniquement à eux le phénomène de la phagocytose dans la plaie, en absorbant l'oxygène qui nuit au développement de la spore anaërobie du tétanos, agissent doublement : ils annulent tous les éléments de défense de l'organisme contre celle-ci, et ils créent un milieu privé d'air où elle germera avec la plus grande facilité.

Si la spore ne reçoit aucun secours direct du traumatisme, autrement dit si la plaie est de faible importance, le tétanos ne peut s'y développer sans l'intervention de ces organismes. Leur rôle est donc de la plus haute importance dans les conditions ordinaires de l'infection tétanique.

Les preuves sont simples et multiples : une terre a été reconnue sûrement tétanigène; inoculée à des animaux elle produit en effet toujours le tétanos. Or, si on la chauffe à une température telle, que la spore tétanique n'est ni détruite ni affaiblie, mais suffisante pour éliminer les organismes qui pullulent à ses côtés, cette terre perd son

pouvoir tétanigène, elle devient totalement incapable de produire le tétanos. Au contraire, si on rend artificiellement à cette terre les organismes qu'on lui avait enlevés par la chaleur, elle recupêre son pouvoir tétanigène, et redevient active comme auparavant.

La même chose s'applique aux produits recueillis dans les plaies d'hommes ou d'animaux qui ont succombé au tétanos. Leur activité est subordonnée à la présence des organismes étrangers.

Les expériences ont été faites sur les cobayes et ne laissent aucun doute à cet égard.

Ce phénomène explique, outre l'insignifiance habituelle du traumatisme qui a ouvert la porte au mal, le siège habituel des lésions qui lui ont donné naissance : les plaies des pieds, des mains, de la face, des organes génitaux. Ces régions sont continuellement souillées, et par conséquent contaminées par des microbes nombreux. Une plaie vient-elle à s'y produire, ces organismes y pullulent ou du moins l'infection s'y reproduit continuellement. Dès lors, si le hasard vient à y déposer le germe du tétanos, celui-ci trouve dans la présence de ces microbes un concours généreux et indispensable, grâce auquel il pourra se développer.

On ne saurait donc trop insister sur les soins d'antisepsie à employer dans des cas semblables, surtout chez les personnes qui par leur profession, sont particulièrement exposées à contracter le tétanos : ouvriers de ferme et des champs, jardiniers, palefreniers, etc.

Il n'y a pas besoin d'employer des antiseptiques énergiques pour atteindre ce résultat; l'asepsie d'abord, ou s'il y a déjà infection, l'emploi d'antiseptiques légers après désinfection mécanique suffit amplement. En effet, s'ils n'ont aucune action sur les spores tétaniques qui sont très réfractaires aux antiseptiques, ceux-ci agiront sur les nombreux organismes saprophytes qui pullulent à côté d'elles et de la sorte, en débarrassant la plaie des microbes qui sont leurs auxiliaires dangereux, ils les rendront impuissantes à germer.

A. LEMAIRE. (1)

(1) Résumé d'un travail présenté à la Société médicale des étudiants.

TRAITEMENT DE LA SCARLATINE.

Il a paru, dans le *Bulletin médical*, une étude sur le traitement de la scarlatine, dont nous analysons les points principaux.

Dans la *scarlatine régulière*, c'est le *traitement hygiénique* qui a seul de l'importance.

Le malade est placé dans une *chambre* dont la température sera maintenue entre 18 et 20° et qui ne sera pas balayée — on en comprend la raison, il faut empêcher les microbes pathogènes qui se trouvent dans l'appartement d'être projetés dans l'atmosphère et de venir se greffer sur la muqueuse en état de réceptivité de l'arrière gorge. — On pourra nettoyer la place, en passant sur les murs et le plancher des linges trempés dans une solution de sublimé à un millième.

Il faut veiller à ce que le lit soit à l'abri de tout courant d'air; si la disposition des lieux ne le permet pas, on l'abritera par un paravent. Le mieux serait d'avoir deux chambres contiguës et de réserver l'une pour la nuit, l'autre pour le jour; on aurait soin d'aérer largement celle non occupée et d'égaliser les températures au moment du déplacement du malade.

On doit éviter les refroidissements avec le plus grand soin, mais c'est une faute de trop surcharger le malade de couvertures et de pousser à la transpiration.

L'air sera maintenu humide par des vaporisations ou des pulvé risations.

Pendant la période fébrile, on permettra comme *aliments* du lait et des jaunes d'œuf; beaucoup même ne donnent que du lait. Les boissons fraîches, les limonades sont utiles pour désaltérer les malades et en même temps laver l'organisme ; on pourra les donner à discrétion.

L'*alimentation lactée* est nécessaire, même après la période fébrile; Comby l'impose pendant cinq à six semaines. La plupart des médecins ne la prescrivent que pendant six ou huit jours En tout cas il faudra pendant les quinze premiers jours d'apyrexie examiner journellement les urines.

Dans les premiers temps on ne devra donner aux convalescents aucun aliment riche en toxines ou irritants pour les reins : charcuterie, salaisons, gibier, crustacés, asperges, boissons alcooliques.

Il est très important d'assurer la *propreté de la peau*. Dès le début il est utile de donner un bain tiède à 30-32°; le malade sera savonné dans le bain. Si l'on craint les refroidissements, on peut se contenter de simples lotions savonneuses partielles en commençant par les mains, les pieds, les organes génitaux et l'anus.

Les bains tièdes n'offrent du reste aucun inconvénient et peuvent être continués pendant toute la durée de la maladie.

L'antisepsie de la bouche, du pharynx et des fosses nasales a la plus grande importance.

Dans les *scarlatines anormales*, il est recommandé d'abord de n'employer ni opium, ni vésicatoires.

Quand l'hyperthermie devient menaçante, que la température dépasse souvent 40°, on peut être tenté de s'adresser à l'antipyrine ou aux corps analogues; en réalité ces médicaments sont absolument à rejeter. Comme antipyrétique médicamenteux, le seul à prescrire est la *quinine*.

L'enfant supportant bien les sels de quinine, on peut donner presque les mêmes doses qu'à l'adulte (de 0,20 à 1 gr.). Comby emploie volontiers les suppositoires chez les enfants :

Beurre de cacao . . . . . 2 gr.
Sulfate de quinine . . . . 0,30 »
pour un suppositoire (enfant de 5 ans).

Comme sels on utilisera le sulfate, le chlorhydrate, le chlorhydrosulfate.

Mais la quinine est en somme peu efficace, et le véritable antithermique dans la scarlatine est *le bain froid*.

Currie et Trousseau employaient les affusions froides. Le malade était placé nu dans une baignoire et pendant une minute on lui versait sur le corps des seaux d'eau à 20-25°; il était ensuite enveloppé dans des couvertures et recouché. On recommençait toutes les heures.

Actuellement on préfère la méthode de Brand : un bain de 18 à 25°, de dix minutes de durée chez l'adulte, de cinq chez l'enfant, toutes les fois que la température dépasse 39,5. On donne de huit à dix bains par jour, parfois plus.

Les bains froids sont contre-indiqués s'il y a menace de collapsus, affection cardiaque, pseudo-rhumatisme scarlatin, hémorragies.

Dans ces cas, chez les très jeunes enfants ou s'il est impossible de convaincre la famille de la nécessité des bains froids, on pourra prescrire les bains tièdes à 25 et à 30°.

Dans un travail récent, le prof. von Jurgensen estime aussi que le meilleur mode de traitement de la scarlatine, à partir du moment de l'invasion jusqu'à la diminution des symptômes généraux, consiste dans l'emploi de bains froids. Aussitôt que la température rectale atteint 40°, on donnera un bain à 20° C. de cinq minutes de durée, s'il s'agit de jeunes enfants. Les adolescents prendront des bains à 15°.

Leichtenstern a constaté le premier que dans la scarlatine le ralentissement du pouls précède l'abaissement de température et se main-

tient pendant quelque temps, même alors que la température recommence à monter. Cet effet sur l'appareil circulatoire exerce une influence favorable très marquée sur l'irrigation des centres nerveux. La déperdition de calorique dans le bain est très considérable, car la scarlatine produit un état parétique des vaso-constricteurs cutanés : on peut facilement s'assurer du fait, car la peau reste rouge dans le bain froid. La vaso-constriction provoquée par l'immersion dans l'eau froide étant réduite à un minimum, il ne se produit pas, chez le scarlatineux, d'afflux subit du sang vers le cœur : il n'y a donc aucun accident à craindre de ce côté.

Dans les cas légers, on se bornera à prescrire un bain toutes les quatre à cinq heures; dans les cas graves, on donnera un bain toutes les heures.

Il y a des cas cependant où le prof. von Jungersen conseille de recourir plutôt aux *bains chauds :* ainsi, en cas d'obnubilation intense du sensorium; pendant le bain chaud, on fera des affusions d'eau très froide sur la tête et la nuque; ainsi encore, en cas de convulsions; on terminera alors le bain chaud par une affusion froide sur la tête et on s'abstiendra de narcotiques; ainsi encore, dans le cas où, malgré une fièvre élevée, la peau est froide au toucher; si elle s'échauffe dans le bain chaud, on pourra faire après le bain quelques rapides affusions d'eau froide.

Si l'éruption sort mal, on la favorisera par les bains et les *tisanes chaudes*, l'*acétate d'ammoniaque*.

Les menaces de collapsus seront combattues par la *caféine*, l'*éther*, l'*huile camphrée*, en injections sous-cutanées. Comby prescrit volontiers la *digitale*.

En cas d'agitation, de délire, le *chloral*, le *bromure*, pourront rendre des services.

Il est classique de prescrire le *musc*. C'est encore en lavement qu'il sera le moins désagréable.

La *néphrite* est la complication la plus importante de la scarlatine. Naturellement le régime lacté intégral est alors de rigueur.

Le prof. von Jurgensen traite la néphrite scarlatineuse par les *bains chauds* à 39°C., de quinze minutes de durée, avec enveloppement consécutif dans un linge trempé d'eau chaude et par-dessus une ou plusieurs couvertures de laine. Au bout d'une à deux heures, pendant lesquelles le malade boit abondamment des liquides chauds, on l'essuie avec des linges chauds et secs. Dans les cas graves, on interviendra de la sorte deux fois par jour; on peut, en augmentant la température du bain insensiblement jusqu'à 41°, laisser le malade pendant une heure dans la baignoire.

Le traitement de l'urémie scarlatineuse n'offre rien de spécial.

Contre les *angines* pseudo-membraneuses précoces, presque toujours streptococciques, on emploiera les badigeonnages au naphtol camphré, à la glycérine phéniquée, les irrigations et pulvérisations antiseptiques en général.

L'angine membraneuse tardive est diphtéritique; la sérothérapie est alors indiquée. L.

—

DES ANASARQUES ESSENTIELLES.

L'anasarque est presque toujours l'indice d'un grave desordre viscéral portant sur le cœur, le poumon, le foie et surtout le rein. Toutefois il n'est pas douteux qu'il y ait des variétés nombreuses d'hydropisies généralisées qui ne s'expliquent pas par les lésions causales habituelles, qui sont indépendantes d'albuminurie et de lésions des viscères.

Le d[r] Lascols vient d'en faire une étude d'ensemble, analysée dans le *Journ. de méd. et de chir. pratiq.*

Dans leur étiologie, le *froid* joue un rôle important.

Dans le jeune âge en particulier, la perturbation provoquée par le froid subit paraît entraîner très facilement l'apparition d'une anasarque, qui peut rester la seule manifestation morbide, le seul phénomène réactionnel apparent.

L'influence du *rhumatisme* paraît agir assez fréquemment. (rhumatisme aigu, diathèse arthritique, goutte.)

Il y a ensuite les *infections*, les érythèmes polymorphes par exemple : les *intoxications* (alcoolisme, saturnisme, action de l'oxyde de carbone).

Il existe aussi dans *la grossesse* des anasarques indépendantes de toute albuminurie et de tout phénomène compressif, mettant obstacle à la circulation de retour; Pinard les a rapportées à une auto-intoxication.

Il faut signaler encore l'influence des affections nerveuses : ataxie locomotrice, sclérose en plaques, épilepsie, hystérie, et de certaines dyscrasies, l'anasarque chlorotique, par exemple.

Pour l'étude des symptômes, on peut prendre comme type l'anasarque *a frigore* des enfants, qui est le plus souvent aiguë, quelquefois chronique.

Par son mode de début, l'anasarque aiguë a frigore de l'enfant peut présenter deux formes, l'une fébrile et avec réaction générale, l'autre apyrétique sans phénomènes réactionnels. La connaissance de ces deux formes est d'un grand intérêt. Dans la première, fait des plus

importants pour la pathogénie, le début est celui d'une infection légère.

L'anasarque, d'importance variable suivant les régions, est généralement tendue ; un peu rosée dans la première forme, la peau est blanche dans la seconde. La pression révèle généralement une certaine résistance, une élasticité spéciale, et l'impression digitale s'efface presque aussitôt produite.

Le mode du début est d'ailleurs variable, il peut être très insidieux et l'œdème être la première manifestation. Il n'en est point toujours ainsi. Dans certains cas l'anasarque débute par de la céphalalgie, de la fièvre avec ou sans frisson, de la soif, de l'anorexie ; rarement par des vomissements et de la diarrhée, quelquefois par de la constipation.

L'œdème peut être généralisé d'emblée, ou bien, primitivement partiel, il s'étend rapidement aux autres parties du corps.

L'anasarque rapidement formée ou progessivement établie reste quelques jours stationnaire. Elle décroît ensuite et disparaît. Les urines, parfois un peu diminuées, mais toujours indemnes d'albumine durant la période d'augment et la période d'état, deviennent alors plus abondantes, Toute l'évolution se fait habituellement en une semaine ou deux. Le pronostic paraît d'alleurs des plus favorables. Les phénomènes généraux, quand ils se sont produits, ne persistent que quelques jours. La guérison est complète et durable.

Le caractère principal des anasarques dites essentielles est en somme une assez grande bénignité ; leur mécanisme paraît consister en une perturbation nerveuse, entraînant des modifications d'ordre trophique et d'ordre vaso-moteur. L.

—

RAPPORTS DE L'ALBUMINURIE AVEC LES TRAITEMENTS HYGIÉNIQUES ET MÉDICAMENTEUX.

Sauf peut-être en ce qui concerne le lait, les avis sont encore partagés au sujet du régime à prescrire aux brightiques. Le d[r] Petteruti, dans une série d'expérimentations rapportées par la *Revue de thérap. médico-chirurgic.*, a cherché à apprécier l'influence exacte exercée sur l'élimination de l'albumine par les substances alimentaires ingérées et certains médicaments, en tenant compte non pas de la composition de l'urine émise en vingt-quatre heures, mais seulement de celle qui est émise 4 ou 5 heures après le repas, c'est-à-dire au moment où les principes assimilés pénètrent dans le sang. Aussi, a-t-il eu l'idée d'examiner l'urine toutes les quatre heures et de rechercher la quantité d'urine émise dans chaque fraction d'urine recueillie.

Il est arrivé de cette manière aux constatations suivantes :

1° L'élimination de l'albumine chez les brightiques présente un minimum et un maximum diurne. Le minimum a lieu le matin, le maximum à la fin de la journée. Ces variations sont étroitement liées à l'alimentation ; avec le repos de l'estomac, coïncide la diminution de l'albumine, avec les dernières heures de la digestion, l'augmentation.

2° La quantité de l'albumine est en rapport direct avec la quantité d'urine.

3° La diarrhée détermine l'augmentation de l'albumine et celle-ci se maintient quelque temps encore après la cessation de la diarrhée.

4° Le régime lacté absolu, quand il est bien supporté, est le régime qui convient le mieux aux malades atteints de néphrite parenchymateuse chronique. Sous son influence, l'albumine décroît sans que l'urine diminue, et l'élimination de l'albumine devient plus uniforme.

5° Le régime des viandes rôties est le plus nuisible aux brightiques.

6° Celui des viandes bouillies, des bouillons légers et des féculents, n'aggrave pas l'état du rein, bien que les variations de l'albumine soient plus accentuées et qu'il y ait un plus grand écart, entre le maximum et le minimum de l'élimination.

7° Les légumes verts, probablement à cause des sels de potasse qu'ils contiennent, augmentent légèrement l'albumine.

8° Les œufs n'ont pas d'influence nocive.

9° Les bains chauds favorisent un peu la diurèse, mais influencent peu l'albuminurie.

10° La digitale n'augmente que très peu l'urine, et ne diminue l'albumine qu'en de très faibles proportions.

11° La diurétine augmente l'urine, diminue sensiblement l'albumine; il en est de même de l'iodure de potassium, qui cependant exerce peu d'action sur le volume de l'urine.

12° L'acide tannique diminue un peu l'albumine, mais diminue l'urine.

13° L'antipyrine diminue l'urine et augmente parfois l'albumine.

14° Enfin la tannalbine augmente l'urine, diminue l'albumine, probablement en raison de son action antifermentescible sur l'intestin.

L.

DIAGNOSTIC DES HÉMATURIES RÉNALES.

A l'exemple de son maître Guyon, dont nous avons il y a quelque temps résumé le travail, le prof. Albarran vient de consacrer une leçon clinique, d'une grande importance pratique, au diagnostic des hématuries d'origine rénale.

Il a rappelé d'abord les caractères classiques, sinon constants, qui distinguent l'hématurie rénale de l'hématurie vésicale.

C'est d'abord l'*intermittence* du saignement : on voit souvent, chez les rénaux, l'hématurie cesser, puis se reproduire plusieurs fois au cours d'une journée, de sorte que les urines seront tantôt sanglantes et tantôt claires aux différentes mictions d'un même jour.

C'est aussi le caractère *total* de l'hématurie : le sang du rein est totalement mélangé à l'urine émise, et le premier jet est aussi fortement teinté que les dernières gouttes. Mais ce caractère, ainsi que l'a dit l'auteur il y a dix ans, n'a rien d'absolu, et, si les hématuries vésicales sont généralement terminales, c'est-à-dire uniquement sanglantes (ou au moins plus colorées) à la fin, on voit dans un certain nombre de cas l'hématurie vésicale être totale et, par contre, l'hématurie rénale présenter le caractère terminal : le fait s'observe surtout dans les hématuries rénales très considérables, quand le rein saigne assez abondamment pour continuer à verser du sang pur dans la vessie pendant la miction.

De même, l'intermittence dans l'hématurie peut s'observer dans le saignement vésical, alors que l'hématurie rénale peut revêtir le caractère continu et prolongé. Un caractère inconstant, mais plus fidèle quand il existe, est la présence dans les urines de petits caillots allongés comme des lombrics ; on l'observe généralement dans les hématuries rénales de faible ou moyenne intensité, alors que le sang a le temps de stagner dans l'uretère et de s'y coaguler.

En somme l'hématurie rénale se reconnaît le plus souvent à ce qu'elle est intermittente, totale, avec caillots uretéraux, mais, si l'on n'observe point d'autres signes cliniques permettant d'affirmer l'origine rénale du saignement, on peut se trouver parfois fort embarrassé. Même les signes cliniques les mieux établis peuvent mettre le diagnostic en défaut. L'examen cystoscopique seul, quand il est possible, et mieux encore le cathétérisme des uretères permet d'affirmer l'origine rénale de l'hémorrhagie.

Supposons maintenant l'origine rénale d'une hématurie bien constatée. A quelle affection a t-on affaire?

Il y a quelques années, on ne pouvait guère penser qu'à un néoplasme ou à un calcul ; on sait maintenant qu'il existe une forme hémorragique de la tuberculose rénale et enfin on a signalé des cas d'hématurie essentielle, si bien que la question s'est compliquée.

En présence d'une hématurie rénale, on pensera tout d'abord à trois affections : la lithiase, le cancer et la tuberculose.

Lithiase. La lithiase peut déterminer des hémorrhagies qui reconnaissent pour cause, soit la migration du calcul dans l'uretère, soit le séjour du calcul dans le bassinet.

Dans le premier cas. l'*hématurie de migration* est due au passage

de petits graviers, de sable fin, surtout du sable oxalique, qui déchire la muqueuse uretérale par les pointes acérées de ses cristaux en enveloppe de lettre. Souvent alors, le saignement est le premier symptôme de la crise, il précède les douleurs, et les vieux lithiasiques, quand leurs urines deviennent brunes et chargées, savent que la crise douloureuse est imminente. Néanmoins, c'est le contraire qui s'observe le plus souvent, et le saignement se produit en général quand la migration uretérale est terminée, et que le sable ou les graviers sont arrivés dans la vessie. L'hématurie dure l'espace d'une miction, parfois un ou deux jours, puis disparaît.

Tout autre est l'hématurie due au séjour du calcul dans le bassinet : la marche, le mouvement, les exercices physiques déterminent le ballottement du calcul dans le bassinet : il s'ensuit de petites lésions qui aboutissent au saignement. En outre, l'irritation continuelle due au contact du calcul amène un état congestif du rein et de la muqueuse pyélique, et cette congestion n'est pas la moindre cause de l'hémorrhagie. Donc, hématurie nettement provoquée par la marche et le mouvement, calmée par le repos : mais ce caractère, qui se retrouve presque toujours dans les hémorrhagies calculeuses, n'est pas constant, et dans quelques cas, rares il est vrai, on a pu observer l'hématurie se produisant au repos ou inversement l'absence d'hématurie, malgré des mouvements et des secousses violentes.

La durée du saignement est presque toujours assez courte

Il convient d'ajouter — et nous avons eu occasion d'insister déjà sur ce phénomène à propos des deux observations de néphrolithotomie que nous avons publiées - que l'hématurie rénale des lithiasiques ne se traduit pas seulement par la présence de sang *colorant* les urines. Elle se réduit parfois à la présence de globules sanguins ou de petits cylindres formés dans les canalicules rénaux et visibles seulement au microscope, d'où la nécessité de l'examen histologique des urines toutes les fois que l'attention est attirée sur le rein, et qu'on peut soupçonner la présence du sang dans une urine non teintée.

Cancer. Après la lithiase, le cancer est la cause la plus fréquente d'hématurie rénale. La plupart du temps, l'hémorrhagie néoplasique débute spontanément, ne s'accompagne point de douleurs néphrétiques, n'est influencée ni par le mouvement ni par le repos, et cesse brusquement sans cause, comme elle est venue ; elle est abondante, plus abondante que l'hématurie de lithiase, souvent rutilante, et occasionne la présence de caillots dans la vessie. Sa durée, ses intervalles sont irréguliers : souvent courte, durant 1, 2, 3 jours, elle cesse pour longtemps, puis reprend quelques jours, pour disparaître encore plus ou moins longtemps.

Mais ici, comme dans les cas de lithiase, l'hématurie peut s'écarter du type clinique moyen : c'est ainsi que le mouvement et la marche peuvent influencer nettement la production de l'hématurie que calme le repos.

En résumé, les meilleurs signes sont, outre les caractères de la tumeur, si elle est appréciable, *l'abondance et la durée de l'hématurie et l'indolence de l'affection.*

Tuberculose. En général, la tuberculose du rein saigne peu ; il est toutefois certaines formes, en particulier les formes miliaires qui sont hématuriques à l'égal des cancers : hématuries spontanées abondantes, souvent longues, durant des semaines, non influencées par le mouvement et le repos, présentant en un mot les caractères habituels des néphrorrhagies néoplasiques.

Le diagnostic se fait ici par l'examen bactériologique des urines, par la recherche de la tuberculose dans les autres organes, dans le poumon, les épididymes, la prostate, la vessie.

Parasites. Les hématuries rénales causées par les *parasites* ont été signalées par quelques auteurs, et paraissent dues à l'action de la filaire ou de la bilharzia. Ces parasites, communs en Amérique, aux Antilles et en Égypte, sont exceptionnels dans nos climats.

Paludisme. L'hématurie rénale se produit quelquefois dans le paludisme et s'observe surtout au moment des accès ; il s'agit encore d'une affection rare dans nos climats.

Hémophilie. Plusieurs observations montrent que l'hémophilie peut être cause de saignement rénal, mais, selon le prof. Albarran, on est trop porté en Allemagne à faire dépendre de cette cause la plupart des hématuries à diagnostic difficile.

Néphrites. Abstraction faite des hématuries bien connues des néphrites aiguës, on peut observer dans les *néphrites chroniques* des hémorrhagies abondantes, parfois unilatérales, qui en imposent pour des calculs, de la tuberculose ou du cancer ; c'est ce qui arrive dans certaines néphrites infectieuses et même dans le mal de Bright ; il y a une forme avec hématuries à répétition, dont plusieurs observations incontestables démontrent l'existence.

Rein mobile. L'auteur a trouvé sept observations dans lesquelles l'hématurie s'est trouvée en relation avec le rein mobile, et, si étrange que ce fait paraisse à première vue, on en trouve l'explication dans les phénomènes congestifs intenses qui peuvent accompagner le déplacement du rein. L'auteur a démontré ailleurs l'importance de ces congestions du rein mobile et fait voir que, dans certaines crises douloureuses de la néphroptose, l'augmentation de volume du rein était due à ces phénomènes congestifs.

A remarquer que sur les sept observations de rein mobile avec hématurie signalés par l'auteur, deux fois la néphrite chronique a pu être incriminée comme cause du saignement.

Hydronéphrose. La rétention d'urine dans le bassinet joue peut-être un rôle dans les hématuries du rein mobile; dans tous les cas, il existe des observations d'hydronéphrose avec hématurie.

Grossesse. La grossesse paraît être, dans quelques rares circonstances, une cause d'hématurie, signalée par Guyon ; nous rappellerons ici le cas que nous avons publié récemment et où l'hématurie se trouvait en rapport avec une congestion rénale évidente.

En résumé, il reste établi qu'en dehors des trois grandes causes des hématuries rénales : calcul, néoplasme, tuberculose, il existe un certain nombre d'autres affections qui peuvent devenir le point de départ d'hémorrhagies abondantes. Suivant le cas, le saignement sera ou non accompagné d'albuminurie et de cylindres dans l'urine, de douleurs, de mobilité ou d'augmentation de volume de rein, mais dans les cas les plus variés, l'hémorrhagie peut être très abondante et se prolonger pendant des semaines et des mois.

Dans le chaos actuel des hématuries dites essentielles, on commence à entrevoir une série de lésions passées inaperçues et qui paraissent être le point de départ des congestions hémorrhagipares. On peut dès aujourd'hui signaler parmi ces causes variées des grandes hémorrhagies unilatérales, les néphrites chroniques, le rein mobile, l'hydronéphrose. A côté de ces faits, doivent être placées les hématuries de la grossesse, l'hémophilie rénale.

Quant aux néphralgies et aux hématuries angio-névrotiques, le prof. Albarran croit qu'il y a là des faits très obscurs, peut-être incomplètement observés et reconnaissant probablement pour causes des lésions encore mal connues ou ayant échappé à l'observateur. Peut-être faut-il y voir des congestions purement nerveuses, sans lésions matérielles. L.

DE LA LEUCOPLASIE BUCCO-LINGUALE.

La leucoplasie ou, comme on dit plus volontiers maintenant, la leucokératose bucco-linguale (anciennement pityriasis ou psoriasis lingual, ou encore plaques des fumeurs) est caractérisée par des squames blanches, épaisses et une induration superficielle de la muqueuse souvent fendillée et ulcérée; on s'est beaucoup occupé de cette affection dans ces dernières années, ce qui nous engage à résumer le travail que le d^r^ Molènes lui a consacré dans le *Journal de méd. et de chir. pratiq.*

Le début a lieu par de petites plaques rouges qui, au bout d'un certain temps, deviennent grisâtres, lactescentes, blanches enfin, nacrées même; peu nombreuses et peu volumineuses, ne présentant aucun phénomène réactionnel, elles peuvent passer inaperçues, et sont parfois découvertes par hasard.

Les plaques sont tantôt de niveau avec la muqueuse voisine, tantôt en relief par accumulation de débris épithéliaux à leur surface.

Leur forme est variable; le plus souvent ce sont des petits éléments arrondis qui bientôt s'étendent, deviennent confluents et constituent enfin des placards, des îlots, des traînées, des bandes plus ou moins régulières.

Au niveau des plaques la muqueuse est épaissie, légèrement indurée, ce qui est dû à l'infiltration du chorion et à l'épaississement corné de la couche épithéliale. Les lésions peuvent s'arrêter à ce degré ou même rester fort longtemps stationnaires.

Arrivées à un certain degré d'épaisseur, les plaques leucokératosiques deviennent dures, cornées, parcheminées; reposant sur une base essentiellement mobile, elles se fissurent, se déchirent sous l'influence des mouvements de l'organe. Cela se produit surtout quand la lésion s'est étendue, a gagné presque toute la face dorsale et les bords de la langue, qui semble alors enveloppée dans une carapace brillante, blanche, cornée, résistante.

Plus tard encore, les fissures deviennent de plus en plus profondes, et les crevasses, en se comblant parfois, produisent des cicatrices linéaires, blanchâtres.

Toutes ces lésions du reste peuvent exister en même temps ou isolément et à des degrés très divers sur une langue leucoplasique.

La langue elle-même, légèrement tuméfiée, maladroite au début, s'hypertrophie et se déforme à la longue; il survient de la gêne des mouvements, des troubles de la mastication, de l'embarras de la parole, des douleurs, de la salivation.

Quant au *siège*, le plus souvent la leucoplasie débute par le dos de la langue dans sa moitié antérieure, ou par ses bords, quelquefois par la pointe, ou même par la face interne des joues, la face postérieure des lèvres.

La *marche* de l'affection est essentiellement chronique, irrégulière, indéterminée; tantôt elle procède par poussées aiguës successives séparées par un intervalle de repos plus ou moins long; tantôt, au contraire, la lésion évolue d'une façon lente, insidieuse, progressive, englobant insensiblement la langue, puis les joues et les lèvres d'un enduit blanc peu épais qui desquame assez facilement.

La *durée* ne peut être fixée : on a vu la leucoplasie durer 1 an et 40 ans.

La *terminaison* se fait sans qu'il reste de traces ou bien en laissant la langue cicatricielle, déformée.

Le pronostic n'est pas toujours en rapport avec l'étendue des lésions, puisqu'une leucoplasie étendue peut guérir ou rester stationnaire, alors qu'une autre très localisée peut subir brusquement la *dégénérescence épithéliale*. C'est ce très fâcheux mode de terminaison de la maladie sur lequel il y a lieu surtout d'insister : il est connu depuis bien des années, et tous les auteurs ont relaté des observations de cancer de la langue succédant à la leucoplasie.

Cette terminaison est-elle fréquente ou non? Les auteurs ne sont pas d'accord : suivant les uns elle est rare, et ne s'observe qu'une fois sur 4 ou 5 cas. Suivant les autres, beaucoup plus fréquente. Ici se pose une question des plus importantes : La transformation épithéliale doit-elle être considérée comme une *terminaison*, une phase logique ou, au contraire, comme une *complication?* En d'autres termes, l'épithéliome buccal n'est-il que le degré ultime de la maladie, ou bien n'est-il qu'un accident? On sait que l'épithéliome se développe souvent sur des cicatrices, ou sur tous les points de la peau et surtout des muqueuses qui sont le siège d'une irritation prolongée. Y a-t-il effraction par une porte d'entrée de l'agent pathogène?

A coup sûr, la transformation épithéliomateuse ne peut actuellement être considérée comme une phase inévitable de la maladie, mais il faut considérer toute plaque primitive de leucokératose avérée comme un épithélioma en puissance qui aura comme aboutissant fréquent, mais non constant, un épithélioma effectif.

La leucoplasie buccale n'est pas une affection fréquente; elle est cependant moins rare qu'on ne le pensait; elle a son maximum de fréquence entre 40 et 50 ans et est surtout fréquente chez les hommes.

Quant aux causes, l'auteur distingue :

1° Des leucokératoses *simples*, *idiopathiques*, *essentielles*.

2° Des leucokératoses *syphilitiques* plus faciles à distinguer dans certains cas des autres, mais parfois n'en différant en rien objectivement, mais subissant l'influence du traitement.

3° Des leucokératoses *parasyphilitiques*, qui ne sont pas modifiées ou sont aggravées même parfois par le traitement antisyphylitique.

4° Des leucokératoses *arthritiques*, qui peuvent être dans la majeure partie des cas confondues avec les leucokératoses essentielles.

5° Les leucokératoses des *fumeurs*, verriers, dentaires, etc.

6° Les leucokératoses *mixtes*.

De tous les agents d'*irritation locale*, le plus actif est incontestablement le tabac, puis il faut citer l'excès des mets épicés, des piments, des alcools, certains médicaments, l'iodure de potassium et le mercure

principalement, les mauvaises dents, les chicots, les dentiers mal faits.

Parmi les *causes générales*, se place en premier lieu la syphilis; s'il est prouvé maintenant que la leucoplasie peut exister en dehors de la syphilis, cette maladie constitue une condition prédisposante de premier ordre, mais ici, il faut distinguer, comme pour d'autres manifestations de cette diathèse, *les leucokératoses buccales syphilitiques*, reconnaissables par l'objectivité et par l'action thérapeutique, et les leucokératoses *parasyphilitiques*, développées chez les anciens syphilitiques, mais objectivement douteuses et ne subissant pas l'action du traitement spécifique.

Le d^r^ de Molènes signale encore l'arthritisme, notamment dans ses manifestations dyspeptiques.

Il est rare au surplus que la cause soit unique; dans la grande majorité des cas, en effet, le malade est à la fois arthritique et fumeur; il fait des excès alcooliques, est dyspeptique, a des mauvaises dents. Dans ses antécédents héréditaires, on retrouve l'arthritisme, le cancer même quelquefois; enfin il a eu, à une époque plus ou moins éloignée, une syphilis bien ou mal traitée. Ces cas mixtes, dont la pathogénèse est à peu près inextricable, sont en réalité les plus fréquents Certes, il existe des cas où il est à peu près impossible, malgré une enquête des plus sérieuses, de découvrir une tare constitutionnelle incontestable. On peut réserver à cette affection distincte le nom de leucoplasie essentielle, idiopathique.

L'auteur résume en ces deux propositions le *traitement* des leucokératoses. 1° les leucokératoses qui tournent mal sont celles qui auront été mal traitées ou traitées tardivement; il faut donc combattre les manifestations buccales dès leur apparition. 2° aussitôt que les plaques se transforment et s'éloignent du type normal, pas de demimesure; il faut agir et les extirper complètement.

Tout d'abord, on fera disparaître toutes les causes d'irritation de la muqueuse bucco-linguale. On interdira d'une façon *complète* l'usage du tabac sous toutes ses formes, ce qui est certes d'absolue nécessité, mais n'est pas toujours aussi facile qu'on le pense.

On supprimera également tous les alcools, les mets irritants et épicés, le sucre, le vinaigre, les liquides ou aliments brûlants ou glacés, enfin les corps durs susceptibles d'excorier l'organe.

La bouche si sensible chez les malades atteints de leucoplasie sera l'objet de soins de propreté constants; on examinera avec soin la denture et les pièces prothétiques.

Dans les cas où la syphilis figure dans les antécédents du malade, on fera au moins une tentative de traitement spécifique, avec la plus

extrême prudence, et la plus grande surveillance possible; il est en effet certain, surtout quand l'affection n'en est qu'à son premier stade, que le mercure et l'iodure de potassium ont donné de très bons résultats. Quoi qu'il en soit et pour éviter la stomatite, le mercure sera de préférence administré par la voie hypodermique : si l'iodure est toléré, on forcera la dose jusqu'à 6 et 8 grammes.

Malheureusement, lorsque l'affection est constituée, l'efficacité de ces médicaments n'est que trop souvent illusoire, et il n'est pas rare de voir survenir une poussée manifeste et quelquefois intense, surtout quand existe le type papillomateux.

Toutes les conditions diathésiques, arthritiques, goutteuses, diabétiques, oxaluriques, azoturiques, phosphaturiques etc., ne sont pas moins difficiles à atteindre que la syphilis; comme traitement local, on se trouvera souvent mieux des procédés de douceur.

Citons d'abord les *bains de bouche* et les *pulvérisations*, répétés régulièrement plusieurs fois par jour et même dans la nuit. Ces bains de bouche doivent être tièdes et durer deux minutes environ : l'auteur recommande les liquides suivants : Bicarbonate de soude, 2 à 3 pour 1000. — Décoction de feuilles de coca, 2 pour 1000. — Décoction de guimauve et de pavot, avec une cuillerée à soupe de sirop diacode pour 250. — salicylate et bicarbonate de soude, ââ 1 pour 1000 (Besnier). — Solution d'acide salicylique au 5me, cinquante gouttes dans un verre d'eau. Infusion de baies de myrtille (Winternitz).

Il est un mode de pansement de la muqueuse bucco-linguale généralement peu adopté, et qui cependant rend de grands services, est bien toléré, calme l'état de sécheresse et de tension, et favorise la cicatrisation des petites ulcérations et des fissures; il s'agit des *onctions grasses* avec l'axonge, ou la glycérine neutre, ou la vaseline liquide, ou même enfin la vaseline de bonne qualité, additionnée de substances médicamenteuses peu irritantes et à doses faibles, telles que le baume du Pérou 1 à 5 pour 100 — l'iodol, le salol, l'aristol, l'acide salicylique 1/2 à 1 pour 100. Dans le même ordre d'idées, E. Besnier recommande encore les balsamiques, *l'huile de cade vraie, pure et non brûlée*, ou l'huile de bouleau également non falsifiée, appliquées avec un pinceau.

On n'en viendra aux agents irritants qu'avec la plus extrême réserve, les caustiques surtout. Le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure même très dilué, la teinture d'iode, le chlorate de potasse, les astringents sont le plus souvent mal supportés. L'acide chromique (1 pour 10, pour 20, pour 50), le chlorure d'or en poudre, l'iodoforme, donnent des résultats inégaux, ainsi que le baume du Pérou que l'on réservera pour les fissures douloureuses; Unna recommande une solu-

tion alcoolique concentrée de résorcine. Schwimmer et Joseph ont employé avec des succès variables l'acide lactique concentré, et l'*acide salicylique* à la dose de 10 à 15 grammes dissous dans 50 grammes d'alcool et 50 grammes d'eau distillée. De Watraszewski préconise les applications d'une solution de bichromate de potasse. Il faut commencer par une solution au cinquantième et arriver progressivement à des solution à 1/25, 1/20, 1/10; enfin, d'après cet auteur, le bichromate de potasse diminue l'hyperhémie et produit la guérison en donnant plus de résistance aux tissus soumis à son action.

Ces différentes applications jointes aux bains de bouche répétés, aux onctions grasses, peuvent provoquer une amélioration des plus manifestes, et même durable.

Lorsque tous ces moyens ont échoué, si la lésion continue à évoluer, un traitement radical énergique s'impose.

Il ne faut donc pas attendre pour intervenir que l'état papillomateux soit constitué ou que les ganglions soient envahis. Toute plaque qui s'éloigne du type simple, toute saillie anormale ulcérée doit être immédiatement extirpée : toute ulcération profonde rebelle aux diverses médications doit être enlevée. L.

LES NODOSITÉS RHUMATISMALES.

On voit parfois apparaître dans le cours du rhumatisme de petites tumeurs sous-cutanées de consistance ferme, élastiques, à contours nets, arrondies ou oblongues ; ce sont les nodosités rhumatismales, phénomène assez fréquent, mais qui n'est pas toujours régulièrement interprété.

Le Dr Girma vient d'attirer l'attention sur lui dans sa thèse.

A la surface des nodosités la peau est mobile ; elles-mêmes sont douées de mobilité sur les parties profondes.

Du côté de la peau, leur présence n'entraîne aucune modification ; ni rougeur, ni élévation de température locale, ni tuméfaction, ni épaississement. Toutefois, lorsque les nodosités sont très superficielles et de volume assez considérable, les téguments peuvent être décolorés par le fait de la compression qui s'exerce de dedans en dehors par suite de la présence de la tumeur.

Leur grosseur est fort variable. On en trouve depuis le volume d'une tête d'épingle (ce sont les plus fréquentes) jusqu'à celui d'une noisette. Celles qui atteignent le volume d'une grosse noix sont très rares.

Leur nombre est excessivement variable. D'une façon générale il va de 1 à 50. Toutefois, un malade cité par Girma a présenté jus-

qu'à 140 nodosités. Ce chiffre formidable est une exception. — Le plus souvent elles sont isolées les unes des autres; mais qu'elles soient isolées ou groupées, elles sont de volume différent.

Leur présence ne gêne nullement le malade. Spontanément elles n'occasionnent le plus souvent aucune douleur, aucun picotement, aucune démangeaison.

Dans la majorité des cas, ces tumeurs apparaissent après la période fébrile du rhumatisme articulaire

Aucun phénomène précurseur ne dénote leur arrivée. C'est à l'insu du malade qu'elles se développent et elles sont le plus souvent fortuitement découvertes. Leur croissance est rapide. Parfois il suffit de quelques heures pour qu'elles aient atteint leurs plus grandes dimensions. D'autres fois, leur évolution est lente et graduelle. Lorsqu'elles ont atteint leur volume définitif, elles suivent une marche décroissante qui parfois est fort courte. Le cycle de leur évolution peut, dans ce cas, être parcouru en l'espace de deux à trois jours. D'autres fois, au contraire, leur durée est beaucoup plus longue. On les voit alors persister quinze jours, trois semaines, deux mois et bien plus longtemps encore, puisqu'on a pu citer certaines nodosités rhumatismales existant encore plusieurs années après leur apparition.

Leurs sièges de prédilection sont les coudes, les genoux, les tendons extenseurs des pieds et des mains, les malléoles, les apophyses épineuses des vertèbres, l'occiput et le front. Toutefois, aucune partie du corps n'est à l'abri de leurs atteintes ; mais il est excessivement rare de les rencontrer au voisinage des articulations qui sont le siège d'une inflammation aiguë.

Les nodosités sous-cutanées rhumatismales considérées comme lésions locales sont d'une excessive bénignité et peuvent être regardées comme négligeables.

Mais, si on les considère à un point de vue général, on s'aperçoit qu'il n'en est pas de même. La plupart des auteurs pensent qu'elles sont un signe certain de la tare rhumatismale et que les sujets qui en sont porteurs sont exposés plus que les autres aux complications du côté de l'endocarde et du péricarde. En effet, dans la plupart des observations rapportées, il existait de l'endocardite. Dans une série de 27 cas de Barlow et Warner, l'endocardite légère ou grave était manifeste chez tous les malades, excepté un seul.

Il n'y a pas lieu de soumettre les nodosités rhumatismales à un traitement quelconque, autre que celui du rhumatisme qu'elles accompagnent ou suivent presque toujours. L.

FORMES, CAUSES ET TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE.

Une étude du dr Plicque dans la *Presse médicale* fait d'abord ressortir que la sciatique présente une forme bénigne, dépendant d'une cause transitoire, accidentelle, contre laquelle les moyens de guérison sont nombreux, efficaces et variés, et une forme grave (sciatique névrite) dépendant de la continuité d'action de la cause primitive ou d'un tare organique, qui est d'une ténacité désespérante.

Pendant la période de début, entièrement douloureuse, l'auteur conseille de maintenir le malade au lit, de provoquer une sudation générale par des boissons chaudes abondantes, une sudation locale par des enveloppements ouatés; le coton, dit au jaborandi, peut être utilisé pour ces enveloppements. Comme topique local, le meilleur calmant est, assurément, la pommade au dermatol (5 grammes de dermatol pour 20 grammes de vaseline). L'intensité de la douleur peut obliger à donner, non de l'*opium*, qui augmenterait la constipation, déjà très tenace en raison de la douleur, mais du chloral, de la morphine, soit par la bouche, soit en injection *loco dolenti*. Quand il y a énervement, insomnie, plutôt que douleurs très vives, *le valérianate d'ammoniaque* (4 à 6 grammes de solution, le soir, dans une infusion chaude) réussit fort bien. A cette période, l'*antipyrine*, le *salicylate*, donnent peu de résultats.

Quand on n'a pas d'autres moyens à sa disposition, les frictions à l'*essence de térébenthine* seraient l'agent le plus rapide. Il est sage de prévenir le malade de ne les faire ni près du feu, ni à la lumière d'une bougie.

Les moyens les meilleurs sont toutefois, quand on peut en disposer, la pulvérisation au *chlorure de méthyle* qui demande à être pratiquée avec ménagement et la *faradisation*.

Pour la faradisation, le malade sera placé, le pied nu du côté malade, sur une plaque un peu grande mouillée d'eau salée. Un pinceau métallique fin, relié de préférence au pôle positif, sera promené sur tout le membre sans grand souci du trajet du nerf. Courant fort sans être insupportable, assez fort pour déterminer quelques contractions musculaires. En électrisant le jarret, surtout au niveau du sciatique poplité externe, on se défiera des soubresauts brusques, qui font souvent chanceler et souffrir beaucoup le malade. Il est utile que celui-ci place les deux mains sur le dossier d'une chaise pour avoir un bon point d'appui. Le pinceau sera promené jusqu'à rougeur vive de la peau. La faradisation a présenté l'avantage de ne laisser aucune trace, aucune pigmentation, tandis que, sur les peaux très fines, le chlorure de méthyle donne parfois des pigmentations assez durables.

Deux ou trois séances, soit de siphonage au chlorure de méthyle, soit de faradisation, à deux jours d'intervalle, suffisent, en général, à la guérison.

Lorsque le mal résiste à ces moyens de traitement, que l'atrophie musculaire survient, il faut tâcher de découvrir la cause soit générale, soit locale de l'affection.

Il suffira parfois de faire quitter un appartement humide ou au rez-de-chaussée, d'éloigner le lit d'une cloison en plâtre fraîchement refaite, de substituer, chez un bureaucrate, à un fauteuil de crin froid et dur, un fauteuil de drap bien rembourré, pour avoir un premier soulagement. Les varices ont une importance spéciale; des bas élastiques avec genouillère montant très haut, l'enveloppement par une bande de flanelle un peu large et taillée en biais, font disparaître bien des endolorissements chroniques; la résection de paquets variqueux accolés au nerf a réussi dans plusieurs cas très tenaces observés par Quenu. Les diverses causes de compression, jarretières circulaires, tumeurs diverses du bassin, et surtout constipation, seront recherchées avec soin.

Quelques sciatiques dues à des tares générales ont des caractères spéciaux. La sciatique diabétique est presque toujours bilatérale. Elle ne s'améliore, comme l'a montré Worms, qu'avec un régime très sévère. La sciatique palustre offre des paroxysmes intermittents; les injections sous-cutanées de quinine réussissent souvent fort bien. La sciatique syphilitique, remarquable par ses paroxysmes nocturnes, cède vite au traitement mixte. La sciatique blennorragique est très rebelle; elle persiste aussi longtemps qu'il reste la moindre trace d'écoulement, ou même, après la disparition de l'écoulement, la moindre trace de rétrécissement urétral. La sciatique de l'hystérie succède souvent à un accès ; elle offre le contraste de douleurs atroces avec anesthésie complète cutanée du membre; en dehors du traitement ordinaire (douche, isolement), elle cède bien à la faradisation, mieux encore aux étincelles statiques.

Dans la forme rebelle de la sciatique, tous les traitements locaux usuels, pointes de feu, vésicatoires en longue bandelette, bains de vapeur, applications chaudes de toute espèce, seraient, d'après le d^r Plique, de beaucoup inférieurs au *courant continu*. Le courant continu a l'avantage de calmer la douleur et de faire disparaître l'atrophie musculaire. Cette atrophie, effet de la névrite, contribue pour beaucoup, une fois produite, à éterniser la fatigue et les douleurs. La position du malade sera la même que pour la faradisation, le pied sur une plaque grande, bien mouillée, reliée au pôle négatif. Un rouleau, relié au pôle positif, sera promené pendant dix minutes environ, non seulement sur tous les points doulourenx, mais sur tous les

muscles atrophiés. Une intensité de 8 à 10 milliampères est très suffisante. Les séances seront faites tous les deux jours seulement. Les jours intermédiaires pourront être employés à des massages, des bains de vapeur, des frictions, des siphonages, etc. La durée du traitement dépasse bien rarement six semaines. L'amélioration de l'amyotrophie est, au point de vue du pronostic de la durée, le meilleur élément. L.

—

DES ADHÉRENCES INTRA-PÉRITONÉALES DOULOUREUSES.

Des observations nombreuses montrent que les adhérences péritonéales peuvent provoquer des accidents parfois assez graves pour devenir jucticiables d'une intervention chirurgicale. Il s'agit de faits dont l'histoire n'est encore qu'ébauchée; nous la retracons en mettant à profit l'étude qu'en a publiée le *Lyon Médical.*

L'origine de ces adhérences est multiple; quelquefois, ce sont des *péritonites d'emblée;* beaucoup plus souvent, ce sont des *péritonites partielles secondaires*, telles que celles succédant aux lésions du tube digestif et de ses annexes, ulcères de l'estomac, entérite, dysenterie, appendicite, péri-hépatite, cholécystite, péri-splénite, à l'inflammation vésicale et surtout aux inflammations des organes pelviens de la femme, métrites, salpingo-ovarites.

Il ne faut pas oublier les adhérences, qui deviendront de plus en plus fréquentes à observer, qui succèdent aux *interventions chirurgicales;* après la laparotomie, il s'établit à peu près fatalement des adhérences entre l'épiploon et la cicatrire de l'incision.

En fait de *symptômes*, il est heureux que les adhérences péritonéales sont loin de toujours donner lieu à des symptômes appréciables, et la forme latente est certainement de beaucoup la plus fréquente.

En règle générale, les adhérences ne se manifestent par aucun symptôme; quelquefois au contraire, il survient des accidents, consistant en phénomènes douloureux, assez particuliers dans leurs caractères pour qu'il soit quelquefois possible d'en reconnaître la cause, et s'accompagnant assez souvent de troubles fonctionnels, différents de nature et d'intensité, suivant l'organe atteint et les formes infiniment variables des adhérences.

D'où vient cette différence? On a souvent tendance à incriminer une disposition spéciale du sujet, l'hystérie, l'hypochondrie, en vertu de laquelle il réagit contre une cause d'excitation qui demeure sans effet chez un individu normal. Cela peut être vrai dans certains cas, mais on est sans doute porté à abuser de cette explication, et les

résultats thérapeutiques montrent qu'en général les accidents dus aux adhérences peuvent s'expliquer par une disposition particulière de celles-ci, telle que le fonctionnement des organes se trouve gêné ou produit des tiraillements.

Le symptôme habituel, quand il en existe, est donc la douleur, et cette douleur a des caractères variables souvent, c'est ***une douleur persistante en un point fixe***; ainsi, un malade observé souffrait constamment dans le flanc gauche. C'était une douleur fixe, continue, qui ne présentait nullement les caractères d'une colique, n'était pas influencée par les actes digestifs, circulation des matières dans l'intestin, défécation : cependant il s'agissait dans ce cas d'une adhérence portant sur l'intestin grêle. Un autre malade éprouvait des douleurs continues présentant également ce caractère de localisation dans un endroit précis, le flanc droit.

Il y a donc des cas où le seul caractère particulier de la douleur est sa fixité en un point déterminé. Dans ces cas on peut quelquefois par le palper profond produire une exagération de la souffrance.

Dans d'autres cas, la douleur, au lieu d'être fixe et continue, se présente sous forme de coliques, ressemblant aux coliques hépatiques ou autres. Dans l'intervalle des crises douloureuses, les malades peuvent continuer à ressentir une souffrance sourde, ou n'éprouver au contraire aucune sensation pénible : en d'autres termes, la douleur est, suivant les cas, intermittente ou rémittente.

Les paroxysmes douloureux, au lieu de ne présenter aucune régularité dans leur apparition, peuvent être en rapport avec les fonctions physiologiques; ainsi, chez un malade, la douleur affectait des rapports très nets avec la défécation : elle survenait quelques heures auparavant et augmentait progressivement pour cesser d'une façon brusque et complète lorsque l'exonération s'était effectuée.

On a observé également la relation des douleurs avec les fonctions physiologiques, dans les cas d'adhérences intéressant l'estomac (Nicaise) ou la vessie (Tappey). Quand il s'agit d'adhérences gastriques, les phénomènes douloureux, d'après Nicaise, apparaissent quelque temps après l'ingestion des aliments, vont en augmentant à mesure que la digestion s'avance et aboutissent au vomissement, pour cesser avec l'évacuation de l'estomac.

Les douleurs peuvent en général subir des exacerbations sous l'influence de causes déterminées, ou sans causes, autres que le nervosisme si souvent invoqué.

Les troubles fonctionnels dépendant des adhérences sont aussi très variables. Lorsqu'il s'agit de l'intestin, les douleurs sont accompagnées d'une constipation plus ou moins forte, mais n'allant pas jusqu'à

l'arrêt complet des matières et des gaz, il est toujours possible d'obtenir des évacuations. On ne saurait donc considérer les phénomènes comme étant simplement de l'occlusion intestinale légère. Il est probable que le rétrécissement du calibre de l'intestin par compression ou par coudure joue un grand rôle dans la pathogénie des accidents; mais il n'est pas douteux que les contractions péristaltiques exagérées et douloureuses, véritables coliques intestinales, ainsi que le tiraillement des adhérences, ne doivent être placés au premier rang.

Les troubles fonctionnels sont moins connus et probablement aussi moins accentués lorsqu'il s'agit d'organes autres que l'intestin. Cependant, dans des cas d'adhérences gastriques, on a signalé des vomissements qui survenaient au moment des paroxysmes douloureux et amenaient la cessation des douleurs.

La vessie peut se trouver aussi gênée dans son fonctionnement, et il est probable que certains troubles de la miction, sans cystite, assez fréquents dans des cas de salpingite ou d'appendicite, peuvent avec quelque vraisemblance être rapportés à des adhérences vésicales.

En résumé, les adhérences intra-péritonéales qui ne restent pas latentes se révèlent par des douleurs continues ou intermittentes, accompagnées ou non de signes fonctionnels : constipation, dysurie et cystite.

Le diagnostic ne s'impose guère que quand les douleurs sont accompagnées de troubles bien nets dans le fonctionnement d'un organe, tels que la constipation en cas d'adhérences portant sur le gros intestin; c'est le cas le plus rare.

Il est fort difficile, souvent impossible, de reconnaître cliniquement des adhérences intéressant l'intestin grêle ou l'épiploon : le seul symptôme en pareil cas est la douleur persistante et fixe dans son siège. Aussi le dignostic n'est-il fait le plus souvent qu'après la laparotomie; les douleurs continues amènent à opérer les malades, et on ne trouve que des adhérences qui puissent rendre compte des phénomènes observés : on fait un diagnostic rétrospectif.

On se contentera donc souvent d'un diagnostic de probabilité, et on songera à des adhérences intra-péritonéales quand on verra des points douloureux apparaître et persister indéfiniment après une inflammation ou une intervention intrapéritonéale quelconque; et, si les douleurs sont assez intenses et assez persistantes, on aura recours à la laparotomie exploratrice. Il ne faut pas oublier que les hystériques peuvent présenter aussi des accidents douloureux fixes et persistants, en dépit de tous les traitements employés. Aussi, on sera beaucoup moins affirmatif quand on aura affaire a un sujet présentant des stigmates d'hystérie. Mais l'erreur inverse est encore plus à craindre, et

peut-être a-t-on considéré à tort comme hystériques beaucoup de femmes qui souffraient après des laparotomies et qu'une intervention eût soulagées.

Le *traitement* consistera à pratiquer la *laparotomie* en vue d'aller détacher les adhérences existantes. L.

—

INCONTINENCE FÉCALE PAR REGORGEMENT.

Nous rapportons le fait suivant, d'après le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, d'autant plus volontiers que nous avons nous-même observé dans ces deux dernières années chez des adultes deux faits analogues, qui ont donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Une enfant de 12 ans présentait depuis trois ans une incontinence des matières fécales avec diarrhée, pour laquelle on avait consulté un grand nombre de médecins, même dans les cliniques hospitalières.

Plusieurs fois par vingt-quatre heures (au point qu'on est obligé de la changer au moins deux fois de chemise dans le même journée), la malade va sous elle en diarrhée et sans s'en rendre compte. Cet accident arrive également la nuit. En dehors de ces selles involontaires, l'enfant ne va guère du ventre, que tous les cinq ou six jours ; elle n'a cependant jamais présenté de vomissements, et son état général est relativement assez bon.

Différentes et nombreuses sont les médications qui ont été essayées ; sirop de Raifort iodé, huile de foie de morue, tous les constipants et fortifiants, et la santonine, et les gouttes de fer, et l'élixir de pepsine. On avait aussi recommandé comme alimentation de la viande de mouton crue, hâchée menue avec de la confiture de coings.

Quand on examine l'enfant, elle semble pâlie, avec ce teint un peu plombé des intoxications stercorales; elle est triste; elle n'est pas réglée ; l'état général est assez bon, mais les médications entreprises n'ont rien modifié.

La langue est légèrement saburrale, l'appétit diminué, pas de vomissements.

A l'examen direct, le d[r] Rivière trouve l'abdomen très volumineux, dur, distendu, donnant la sensation d'une grosse tumeur mollasse et mal délimitée. Matité irrégulière. Aucun phénomène du côté de la miction. La chemise de la malade présente des traces manifestes et récentes de la diarrhée annoncée.

Le toucher rectal montre, outre un anus entr'ouvert, un sphincter bien conservé, enserrant le doigt et un rectum enflé de matières fécales.

On ordonne, pour balayer le rectum, pendant les premiers jours,

de petits lavements d'huile, plus forts après ; puis du massage de l'abdomen ; enfin, au bout de quelque temps, des purgatifs légers.

Au bout de quinze jours, l'enfant est définitivement guérie après d'énormes débâcles.

Il n'y a pas eu de rechute depuis deux ans, et il a suffi de donner des conseils pour éviter le retour de la constipation sans recourir aux lavements, ni aux purgatifs.

Il s'agirait donc bien d'une incontinence fécale par le mécanisme du regorgement. En pareil cas, on ne manquera jamais de s'acharner contre le symptôme diarrhée, et la thérapeutique ne fera ainsi qu'aggraver le mal : or, il n'y a guère que le toucher rectal, dont on s'abstient si volontiers, qui viendra éclairer le diagnostic.

Un des malades que j'ai observé était un ataxique, atteint de troubles mentaux, et, tout naturellement on avait cru d'abord avoir affaire à un gâteux ; le toucher nous montra l'ampoule rectale distendue à l'excès par un bol fécal dur. D'abondantes irrigations nous donnèrent sur-le-champ une débâcle, expulsèrent un bon demi-seau de matières fécales, et l'incontinence disparut. L.

LES FORTES DOSES DE MÉDICAMENTS.

Le Dr Liégeois, dans le *Journal des Praticiens*, s'est donné la peine d'indiquer, pour la plupart des médicaments, à quelle dose il fallait nécessairement arriver dans certains cas, non pas seulement pour en obtenir tout l'effet utile, mais même pour en retirer un effet quelconque ; c'est ce qu'il appelle les *traitements d'assaut*.

Nous avons pour notre part souvent constaté que les praticiens, crainte de provoquer des intoxications ou d'autres accidents, administrent trop timidement certains remèdes, qui n'agissent bien qu'à fortes doses, ou bien partagent en trop de prises la dose quotidienne d'autres remèdes qui ne sont efficaces qu'à doses massives.

Dans la *syphilis*, par exemple, le *mercure* peut être donné à fortes doses, en même temps que l'*iodure de potassium*, quand les accidents syphilitiques commandent un traitement d'assaut : frictions avec 25 à 10 gr. d'onguent napolitain ; huit à 12 grammes d'iodure par jour ; c'est notamment dans le cas d'iritis, dans les lésions tertiaires scléro-gommeuses du pharynx, des poumons, du foie et des centres nerveux.

Dans l'*angine de poitrine* artérielle, il faut donner au début de fortes doses, 2 à 3 gr. d'iodure ; on descend ensuite à 0 gr. 50 en moyenne pour entretenir l'effet produit par les doses de début ; même modus faciendi dans l'*asthme*.

Lasègue, en procédant progressivement, est arrivé à faire prendre

les doses énormes de 120 à 200 gouttes de *teinture d'iode* par jour pour combattre le *rhumatisme noueux*.

Le *bromure de potassium* est un remède qui réclame souvent de fortes doses. Dans l'*épilepsie*-névrose, il faut débuter chez l'adulte par 6 grammes de bromure pro die, chez l'enfant par 3 gr. et arriver bientôt à 10 gr. chez l'adulte, à 5 gr. chez l'enfant, en augmentant tous les jours, là de 0 gr. 50, ici de 0 gr. 25.

Chez les enfants atteints de convulsions *(éclampsie)*, la potion au bromure ne doit pas être à moins de 2 grammes. Huchard combat le retour des paroxysmes *striduleux* dans la *laryngite* des enfants, en leur donnant pendant 8 jours jusqu'à 4 et 5 gr. de bromure par jour; au début de l'accès de *migraine*, il administre 3 gr. 50 à 4 gr. de bromure en une fois. L'*agrypnie* des neurasthéniques, des gens fatigués par les travaux intellectuels et les veilles, etc., exige les fortes doses de 2 gr. avant et de 2 gr. après le repas du soir. Où le bromure à fortes doses (3 à 8 gr. par jour pendant 8 à 10 jours) fait merveille, c'est contre le *pseudo-asthme* persistant des cardiopathies mitrales, artério-scléreuses, aortiques ou autres, arrivées à la période d'asystolie.

Pour les *préparations opiacées*, il importe aussi d'arriver à une dose suffisante. Dans l'*insomnie a dolore*, la dose efficace est de 0 gr. 05 d'extrait gommeux en une seule pilule. Dans la *péritonite par perforation*, il faut prescrire 0 gr. 10 à la fois, puis une pilule de 0 gr. 05 d'heure en heure jusqu'à production du sommeil. Dans le *delirium tremens*, Grisolle est allé jusqu'à 0 gr. 40 à 0 gr. 50 en une journée. Dans l'*hémoptysie* des tuberculeux avec fièvre, il ne faut pas prescrire moins de 0 gr. 02 d'extrait thébaïque toutes les deux heures.

Dans l'*avortement*, il faut donner 25 gouttes au moins par lavement et renouveler cette dose quatre fois dans les 24 henres, si c'est nécessaire : contre le *délire des maladies fébriles*, on peut prescrire 5 à 10 gouttes de laudanum toutes les heures.

Au *début des fièvres éruptives*, les enfants supportent bien les doses de 0 gr. 20 de poudre de Dower à 4 ans, de 0 gr. 25 à 5 ans et de 0 gr. 30 en une fois à partir de 6 ans.

Les *hypnotiques* réclament en général des doses élevées et massives.

Le lavement à 4 gr. d'*hydrate de chloral* est une excellente ressource contre les *coliques hépatiques et néphrétiques*. Dans l'*éclampsie puerpérale*, ce serait une faute d'administrer moins de 4 gr. à la fois, et l'on doit revenir à cette dose massive au moins toutes les 5 ou 6 heures. Dans le *tétanos*, on peut formuler 8, 10 et jusqu'à 20 gr. d'hydrate de chloral par jour.

Quatre à six gr. de *paraldéhyde* sont nécessaires pour faire dormir les fiévreux, les pneumoniques, les hystériques, les cardio-mitraux à la tête congestionnée.

Le *trional* à la dose de 2 gr. en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, est nécessaire pour obtenir sûrement le sommeil chez l'adulte.

D'après Soulier, 25 grammes par jour est la dose minima d'*eau de laurier-cerise* qu'il convient d'employer.

Le *sulfate de quinine* est souvent administré à doses insuffisantes on trop peu massives.

Il doit être donné à la dose de 1 gr, ou de 1 gr. 50 *chez les paludéens*, immédiatement après l'accès, en une heure au plus. La dose de 1 gr. 50 est nécessaire dans l'*hémoptysie* des tuberculeux, dans l'*épistaxis* des pubères, des arthritiques, des gens à tension artérielle habituellement exagérée. Aux mêmes doses, les sels de quinine calment les *palpitations des neurasthéniques*, des surmenés.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, 5 à 10 gr. de *salicylate de soude* sont nécessaires au début; chez l'enfant, la dose moyenne est de 2 gr. de deux à cinq ans, de 4 gr. au-delà de cinq ans; 6 à 8 gr. sont recommandés dans l'*orchite* blennorrhagique.

L'*antipyrine* doit être donné à fortes doses, 3 à 4 gr. pour combattre certaines *douleurs intenses* (douleurs fulgurantes des ataxiques, tranchées utérines, etc.) le tremblement basédowien, la polyurie nerveuse, la glycosurie, la coqueluche, le rhumatisme articulaire aigu.

Dans la *goutte articulaire*, la *teinture de semences de colchique* doit être donnée à la dose massive de 60 gouttes en trois fois le premier jour et le deuxième, de 40 gouttes en deux fois le troisième et la quatrième, et de 20 gouttes en une fois, le cinquième et le sixième.

La *poudre de valériane* n'est efficace dans les *états hystériformes* qu'à la dose de 3 à 18 gr. par jour. Rayer formulait 30 gr. d'extrait de valériane pro die dans le diabète insipide.

Dans la *congestion pulmonaire* grippale, il faut prescrire 5 à 8 gr. de *chlorhydrate d'ammoniaque ;* l'acétate se donne à fortes doses également (10-20 gr.) dans la pneumonie.

La *digitale*, ce médicament précieux, paraît souvent en défaut, précisément parce qu'il est donné à doses trop faibles; ainsi, les infusions à 0 gr. 75 données pendant trois jours, les 50 gouttes de la solution de digitaline au millième données en une seule fois agissent mieux dans les *cardiopathies* que les petites doses, plus longtemps continuées. Les doses énormes de digitale 3, 4 et même 8 gr. récemment proposées contre la pneumonie sont à rejeter.

L'*oxymel scillitique* n'est efficace dans la *coqueluche* qu'à la dose de 20 à 60 gouttes par jour, chez les nourrissons, ou chez les enfants plus âgés à la dose de 5 à 6 cuillers à café, administrées tous les soirs de 5 à 6 heures.

Dans l'*hydropisie brightique*, la *théobromine* doit être donnée à la dose de 3 à 6 gr. par jour, en cachets de 0 gr. 50.

La dose massive de 20 à 30 gr. de *glycérine* doit être prise en une fois pendant la crise de *colique hépatique*.

Les pleins effets thérapeutiques de l'*arsenic* réclament aussi des doses élevées, ainsi que nous l'avons indiqué dans le nº précédent de la *Revue*, en recherchant la meilleure voie d'administration pour ce médicament.

C'est ainsi que dans la *chorée*, on commence par 10 grammes de *liqueur arsenicale* de Boudin pour augmenter jusqu'à 40 gr.; dans les *dermatoses « sèches »* on donne la liqueur de Fowler jusqu'aux doses de 60 à 70 gouttes par jour.

Pour combattre les douleurs de l'*hyperchlorhydrie* et de l'ulcère de l'estomac, les doses de 10 à 30 gr. de *bicarbonate de soude* sont souvent nécessaires; les mêmes doses de *sous-nitrate de bismuth* sont indiquées dans les mêmes cas. L.

DES VOMITIFS DANS LES INFECTIONS BRONCHIQUES.

Parmi les anciennes médications, en grande partie tombées en désuétude, qu'on essaie de réhabiliter, il faut citer les vomitifs.

Leurs avantages dans la thérapeutique des infections bronchiques en particulier ont été mis en relief dans une thèse inspirée par le dr Robin.

Les vomitifs réalisent d'abord le « curage mécanique des bronches »; de plus, en augmentant consécutivement la sécrétion du mucus bronchique, dont le pouvoir antiseptique a été nettement établi par les drs Claisse et Hutinel, ils renforcent les éléments de défense de l'organisme contre l'infection; enfin, ils favorisent l'oxydation des produits microbiens en augmentant la capacité respiratoire et la ventilation pulmonaire : il y a accroissement de la consommation d'oxygène d'une part, et de la formation d'acide carbonique pour le même volume d'air expiré, d'autre part.

Il résulterait de là que les vomitifs doivent être employés sans hésitation dans les formes aiguës ou chroniques, où les phénomènes locaux sont intenses, où l'encombrement bronchique est pour la plus grande part dans la dyspnée et l'oppression du malade, lorsque les signes stéthoscopiques sont d'une très grande intensité, et qu'on peut entendre des râles dans toute l'étendue des deux poumons.

Ces conditions se trouvent surtout réalisées chez l'enfant et le vieillard; en effet, l'enfant « ne crache pas » : il y a intérêt à favoriser l'expectoration par l'emploi d'un agent mécanique qui sera l'ipéca, voire même le tartre stibié. Quant au vieillard, la médiocre tonicité de ses canaux bronchiques, sa musculature thoracique affaiblie ne lui

permettent pas de se débarrasser utilement de ses sécrétions et à lui aussi il faut l'intervention de l'agent mécanique pour en assurer l'évacuation.

Le d[r] Maurange présente, dans la *Gazette hebdomadaire*, des objections à cette manière de voir.

Il trouve que l'encombrement bronchique » de l'enfant et du vieillard est l'effet plus souvent que la cause de l'aggravation des symptômes; si la résistance est bonne, « l'encombrement » ne se produira point et, s'il se produit, c'est que cette résistance diminue, soit en raison de la nature de l'agent infectieux, soit en raison des conditions anatomiquement ou pathologiquement favorables que présentent à l'exaltation de sa virulence l'organe (poumon) ou, d'une manière plus générale, le terrain sur lequel il évolue. Une thérapeutique rationnelle devra donc avoir pour objet de relever par tous les moyens possibles la résistance du sujet.

Sans doute, l'auteur de la thèse favorable aux vomitifs prétend que c'est faire de l'antisepsie que d'exonérer les bronches de ces colonies qui se développent à la surface de la muqueuse. La médication vomitive a pour but d'expulser ces produits superficiels, et, si elle ne peut chasser les organismes établis profondément, au moins nous débarrassera-t-elle de ceux qui sont à la surface de l'arbre bronchique; elle ne nous donnera pas un résultat complet, mais puisque nous ne pouvons le guérir, nous aiderons au moins notre malade à lutter, car nous lui enlèverons une partie de ses ennemis. Et l'organisme, incapable de résister à un grand nombre, pourra par ses seules forces naturelles sortir victorieux de la lutte où il n'aura qu'à se défendre contre un nombre d'ennemis moins considérable. » Pour que cette assertion fût rigoureusement exacte, il faudrait qu'après le vomissement la résistance de l'économie restât au moins égale à ce qu'elle était avant. Or, il n'est rien.

S'il résulte des mensurations de Robin que la capacité respiratoire, et par suite la ventilation pulmonaire et la proportion de l'oxygène absorbé soient augmentées après le vomifif — ce dont en somme on se doutait un peu — il se produit, d'autre part, du fait de ce même vomitif, une série de troubles du côté de la circulation, du système nerveux et même de la respiration, qui compromettent la résistance de l'organisme.

Du côté du système nerveux, l'*abattement* est de règle après les doses modérées : la *prostration* et même le *collapsus* peuvent survenir avec des doses plus élevées. Enfin l'excitabilité réflexe est diminuée, ou du moins s'épuise très rapidement dès que l'émétique ou l'ipéca, après avoir agi sur les terminaisons gastriques du pneumo, pénètrent dans la circulation générale.

Du côté du cœur, il y a, à ce moment, un affaiblissement et une

diminution très marquée dans le nombre et la force des contractions. Pendant les vomissements le pouls est fréquent et présente souvent de grandes irrégularités. En même temps la pression s'abaisse et cet abaissement se traduit par une vasodilatation. Ces phénomènes se modifient dans la période réactionnelle qui, particulièrement chez les sujets vigoureux, suit de très près le vomissement.

Du côté de la respiration il y a un ralentissement quelquefois considérable après une période d'accélération et d'irrégularité. Quant à la température elle est le plus souvent abaissée de plus d'un degré et cette chute brusque du thermomètre peut n'être pas sans inconvénient, surtout si elle se prolonge (Hayem), car elle peut aboutir à l'hypothermie et au collapsus. Notons enfin l'affaiblissement quelquefois considérable de la force musculaire.

La simple énumération de ces faits, faciles à constater, suffit à montrer avec quelle circonspection il convient d'employer, surtout dans les maladies infectieuses, une méthode thérapeutique qui a pour principal caractère d'être pareillement dépressive. Ce n'est pas que cette médication n'ait à son actif de très grands succès : jadis, elle était largement employée dans toutes les affections des voies respiratoires et, quelquefois, les malades en éprouvaient les plus rapides et les plus réels bienfaits, mais combien aussi ne s'en relevaient point même parmi les adultes et les vieillards ! C'était bien autre chose chez les enfants : il faut avoir assisté à la période où les vomitifs et le vésicatoire constituaient le fonds du traitement de la bronchite et de la broncho-pneumonie, pour avoir une idée du nombre des victimes que faisait une pareille thérapeutique. L'étude de l'action physiologique des vomitifs, en même temps qu'elle explique les désastres dus à leur emploi immodéré, montre avec quelle prudence ils doivent être conseillés.

Le dr Maurange veut bien admettre en définitive que la médication vomitive trouve ses indications dans quelques cas déterminés d'affections broncho-pulmonaires : chez l'adulte au début de la maladie, et spécialement chez les sujets vigoureux ; chez quelques vieillards dont la résistance sera jugée suffisante ; chez les enfants lorsque l'inflammation ne dépasse pas les grosses et les moyennes bronches. Elle devra être résolument écartée dans tous les cas où on peut craindre un effet dépresseur sur le système nerveux ou la circulation, et spécialement dans les maladies infectieuses. A ce titre, elle paraît absolument contre-indiquée dans la pneumonie de l'adulte ou du vieillard et dans la broncho-pneumonie infantile. L.

—

L'ORTHOFORME.

L'orthoforme est une nouvelle préparation qui aurait l'avantage d'exercer une action anesthésique locale, très remarquable et prolongée.

L'orthoforme qui se trouve dans le commerce est une poudre blanche, cristalline, sans odeur ni saveur ; dans l'eau, elle se dissout à peine dans la proportion de 1 p. c. ; la chaleur augmente cette solubilité, mais la précipitation est immédiate par refroidissement, et il se forme alors de très beaux cristaux remarquables par leur longueur et leur ténuité. Il est facile d'augmenter la solubilité de l'orthoforme dans l'eau en y ajoutant une certaine quantité d'acide chlorhydrique ; malheureusement, le chlorhydrate d'orthoforme ainsi produit est irritant.

En chauffant la glycérine au bain-marie, on peut lui incorporer 5 p. c. d'orthoforme ; le mélange est coloré en jaune, d'aspect sirupeux.

Nous savons que l'iodoforme possède cette propriété également à un degré très appréciable, mais la supériorité de l'orthoforme c'est qu'il agirait si lentement et serait résorbé si graduellement que son action se prolonge pendant plusieurs heures, et même plusieurs jours. L'action anesthésique de l'orthoforme n'a lieu que lorsque ce corps est *en contact direct avec des terminaisons nerveuses, par conséquent lorsqu'il existe une solution de continuité des tisssus.* C'est pourquoi l'on parvient, dans les plaies douloureuses de la bouche et de la muqueuse laryngée, à obtenir une anesthésie complète et durable, tandis que dans les angines douloureuses, c'est-à-dire lorsque la muqueuse est intecte, le remède reste sans effet.

Ce médicament est également peu utile dans les opérations et il n'est pas approprié à l'usage interne comme analgésique ; par contre, l'orthoforme ne fait jamais défaut, lorsqu'il existe un processus ulcéreux, par exemple dans l'épithélioma.

Ce médicament a jusqu'à présent été employé contre les plaies, les brûlures des deuxième et troisième degrés, les plaies syphilitiques, les ulcères variqueux et carcinomateux, ainsi que dans la carie dentaire. Partout la douleur cesse en moyenne trois à cinq minutes après l'application de l'orthoforme, soit qu'on l'applique sous forme de poudre ou de pommade à 10-20 %.

La durée de l'effet anesthésique s'étend en moyenne pendant trente heures, et dans certains cas jusqu'à trois ou quatre jours ; l'on remarque toujours une diminution des sécrétions, propriété qui dans la greffe facilite notablement la reprise des lambeaux cutanés transplantés.

Quant à l'innocuité de l'orthoforme, elle est démontrée par ce fait que dans un cas de carcinome on a employé environ 60 gr. de ce médicament sans aucun effet pernicieux.

L'orthoforme a été employé encore en insufflations dans la tuberculose laryngée, pour calmer la dysphagie, dans la kératite et certaines conjonctivites.

Parmi les lésions locales à irradiations douloureuses très étendues et très intenses soumises à l'orthoforme, citons encore, les fissures anales, les gerçures du mamelon, les ulcérations de la langue. Il a même été administré à l'intérieur contre des gastralgies ayant pour point de départ soit un ulcère rond, soit un cancer ulcéré de l'estomac.

Le Dr Noguès a essayé l'orthoforme comme anesthésique vésical chez les malades torturés à la fois par des besoins fréquents et des mictions douloureuses ; le remède a été donné en instillations sous forme de la solution glycérinée ; sur douze malades, il s'agissait trois fois de cystite compliquant la présence d'un calcul, cinq fois de cystite sûrement tuberculeuse et quatre fois de cystite de causes diverses. Les résultats ont été tellement différents qu'il a fallu faire des malades quatre catégories qui comprennent : — la première, ceux qui n'ont pas supporté l'orthoforme ; — la deuxième, ceux qui, sans souffrir de la médication n'en ont retiré aucun bénéfice ; — la troisième, ceux qui améliorés au début ont vu bientôt non seulement réapparaître l'état douloureux ancien, mais chez lesquels l'instillation elle-même est devenue irritante ; — la quatrième enfin, ceux qui ont été améliorés.

Les effets obtenus ont varié beaucoup ; dans l'ensemble, ils ont été peu satisfaisants ; l'auteur conclut de ses recherches que l'orthoforme ne représente pas encore l'anesthésique rêvé pour la vessie. L.

DE L'HYDRORRHÉE DÉCIDUALE.

L'hydrorrhée est un accident assez commun pendant la grossesse, mais assez mal connu des médecins ; le Dr Aurégan vient de lui consacrer une étude complète, résumée par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

Il y a lieu de distinguer surtout une hydrorrhée amniotique et une hydrorrhée déciduale.

La première est l'écoulement d'eau qui survient à la suite d'une rupture prématurée des membranes, chorion et amnios ; elle est le plus souvent suivie, à quelques heures près, de l'avortement ou de l'accouchement prématuré.

La seconde a son origine au niveau de la caduque (deciduum); elle se produit soit dans les trois premiers mois sans décollement de la caduque, soit plus tard avec décollement; le liquide est le plus souvent séreux, parfois mêlé de sang *(hydrohématorrhée)*.

Telles sont les conditions qui produisent l'hydrorrhée déciduale :

Du liquide s'acumule entre les membranes et les parois utérines, le muscle utérin se trouve à un moment donné surdistendu par cette accumulation, et il se contracte. Sous l'influence de cette contraction la poche liquide comprimée uniformément, a de la tendance à s'étaler. Elle décolle les membranes jusqu'à l'orifice interne, le liquide s'écoule au dehors, l'hydrorrhée déciduale est constituée.

Mais quelles sont les causes de l'hypersécrétion qui se produit entre les membranes et les parois utérines?

L'observation montre que dans un grand nombre de cas, l'*endométrite* agit en augmentant le volume des glandes et en provoquant une sécrétion exagérée; il faut encore citer l'*action réflexe*, telle que celle qui se produit dans une chute, une émotion violente; c'est d'autre part la congestion qu'on observe chez des cardiaques, des hépatiques, des rénales; la stase sanguine qui se produit alors, existe d'autant plus du côté de la matrice que cet organe a, pendant la grossesse, une suractivité sécrétoire énorme.

Au point de vue pathogénique, on peut donc classer l'hydrorrhée : 1° en hydrorrhée consécutive à l'endométrite ; 2° hydrorrhée d'origine réflexe ; 4° et enfin hydrorrhée par congestion passive.

Quant aux *symptômes*, l'hydrorrhée déciduale des trois premiers mois se présente fréquemment chez les femmes enceintes qui, en général, ne s'en inquiètent guère, Si on les interroge, on apprend qu'il sort brusquement par les organes génitaux la valeur de une, deux ou trois cuillerées à soupe d'un liquide généralement clair. Le flot peut se montrer une ou plusieurs fois. Le liquide est toujours en petite quantité, le plus souvent aqueux, quelquefois gommeux, et l'une ou l'autre fois teinté en rose, par suite de l'endométrite.

Cet écoulement survient sans signe prémonitoire, ou bien il est précédé de quelques malaises, de coliques, de douleurs de reins. La santé redevient parfaite. Au bout de plusieurs jours de calme complet, même répétition, même malaise, coliques, etc., écoulement de liquide, etc..., et ainsi pendant deux ou trois mois.

L'hydrorrhée déciduale qui survient plus tard est l'hydrorrhée-type.

Brusquement, sans cause appréciable, quelquefois au milieu du repos le plus complet, le jour ou la nuit, un flot de liquide s'échappe des parties génitales, sans que la femme en soit autrement avertie que parce qu'elle se sent mouillée.

Le liquide, en s'écoulant, imbibe le linge, ou tombe sur le sol, où il forme une petite flaque. Sa quantité est variable, et par approximation, car elle n'a jamais pu être mesurée, à cause de la rapidité de son irruption, elle est de 50 à 100 grammes, plus souvent de 200 à 300 grammes; exceptionnellement elle atteint ou dépasse 500 grammes.

Ce liquide est, en général, transparent, limpide, de couleur citrine. Dans certains cas cependant, il est roussâtre, comme teinté par du sang. Il peut être aussi jaunâtre, légèrement purulent, s'étant mélangé aux mucosités du col ou du vagin.

Son odeur, fade, spermatique, rapelle celle du liquide amniotique.

Après le premier flot hydrorrhéique, l'écoulement se transforme en un suintement, qui diminue progressivement, pour disparaître après quelques heures le plus souvent. Puis tout rendre dans l'ordre. Quelquefois cet écoulement peut persister jusqu'à la fin de la grossesse, et quelquefois même après l'accouchement.

Ce flot hydrorrhéique peut être unique pendant la grossesse, et ne se reproduit plus. Ceci s'observe le plus ordinairement lorsque le flot hydrorrhéique est consécutif à une émotion, dans l'hydrorrhée d'ordre réflexe. Mais souvent le flot hydrorrhéique se produit de loin en loin, avec le même revenir à intervalles réguliers comme le flux cataménial.

Après chacun de ces flots se manifeste un suintement, qui tantôt disparaît au bout de quelques jours, tantôt persiste, de telle sorte que les flots sont reliés entre eux par un suintement séreux.

D'autres fois l'écoulement séreux arrive après une perte sanguine existant déjà depuis longtemps.

L'écoulement de liquide amniotique se distingue en ce qu'il est plus brusque, plus abondant et qu'il s'accompagne de modification dans l'utérus qui n'existent pas en cas d'hydrorrhée.

Au point de vue du pronostic, on peut dire que l'hydrorrhée des premiers mois est très bénigne, et dans aucun cas n'a amené l'avortement. La bénignité de cette forme explique d'ailleurs la rareté de son observation, car, d'après les gens les plus autorisés, cette affection est fréquente, mais les femmes n'en prennent pas garde, vu qu'elles n'en ressentent aucun malaise.

L'hydrorrhée déciduale même, le plus souvent, n'empêche pas la grossesse d'arriver à terme. Cependant, au moment même où elle se produit, il est impossible d'être fixé d'une façon certaine sur ce qu'elle deviendra. Si l'écoulement reste séreux, que le flot se produise à intervalles éloignés, le pronostic est des plus bénins. Mais, lorsque le liquide devient progressivement plus sanglant, le pronostic devient plus sérieux et l'avortement est imminent.

Le traitement consiste surtout dans l'emploi des opiacés qu'il ne

faut pas cependant trop prolonger et des moyens habituellement usités pour prévenir l'avortement. L.

PARALYSIES DU BRAS CHEZ LES NOUVEAU NÉS.

On sait que la paralysie d'un des membres supérieurs, — un accident qui s'observe parfois à la suite d'accouchements laborieux — atteint un groupe de muscles bien défini : le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial et le brachial antérieur.

Erb, cherchant à expliquer la cause de cette localisation, a démontré que les muscles paralysés sont sous la dépendance des cinquième et sixième paires cervicales, et qu'en excitant un point précis, situé entre les deux scalènes, on faisait contracter simultanément tout ce groupe musculaire. Ce point étant bien établi, il fallait chercher pourquoi les deux racines supérieures du plexus brachial étaient toujours lésées, alors que les autres échappaient à tout froissement.

On a voulu faire intervenir la compression exercée entre les deux scalènes; cette compression pourrait se produire dans toutes les présentations, soit spontanément par la pression de la clavicule sur les apophyses transverses des 6e et 7e cervicales, soit à la suite de manœuvres opératoires (manœuvre de Mauriceau, forceps).

Le Dr Fieux rejette complètement cette opinion et, à la suite d'examens anatomiques minutieux, il vient prouver que les paralysies obstétricales sont dues à une disposition particulière du plexus brachial.

Le plexus brachial a la forme d'un cône dont la base répond à la colonne cervicale et dont le sommet file vers le creux de l'aisselle. Ce qui revient à dire que les deux racines supérieures montent plus haut sur la tige cervicale que les trois racines inférieures. Si, fixant une des épaules, on tire la tête en l'inclinant du côté opposé, on voit que non seulement la tige cervicale oscille comme un balancier, mais qu'elle s'incurve, tiraillant d'autant plus les nerfs du plexus brachial que ceux ci émanent de plus haut.

Ce qui met encore bien en évidence la différence de distension des divers faisceaux, c'est l'expérience suivante : si chez un nouveau-né dont on a mis à nu le plexus brachial, on continue à exagérer la traction inclinée du cou, il arrive un moment où l'on entend un bruit sec. On peut constater alors que les cinquième et sixième racines cervicales se sont rompues à 5 ou 6 millimètres de leur émergence. Les trois autres racines restent parfaitement intactes. Ces expériences, que les faits cliniques viennent appuyer, tendent à prouver que la paralysie obstétricale n'est pas due à la compression du point de Erb, mais au tiraillement des racines supérieures du plexus au cours des tractions asynclitiques du cou. L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 28 mai 1898.

Etude expérimentale de la pathogénie de l'œdème par constriction; par M. Richard Boddaert, membre titulaire.

On admet généralement dans la science que l'obstruction des lymphatiques n'a aucune part dans le développement de l'œdème par constriction. Les présentes recherches tendent à prouver, au contraire, que cette forme d'œdème est, à son début, essentiellement lymphatique.

Une ligature étant appliquée chez le lapin à la partie supérieure de la cuisse, au-dessus du grand trochanter, c'est autour des vaisseaux principaux de la région antérieure de la cuisse et de la région poplitée que l'infiltration œdémateuse se produit en premier lieu; elle peut déjà se montrer au bout d'un quart d'heure. L'artère crurale n'intervient pas ici, au moins d'une manière directe; quant à la veine, sa ligature, pratiquée au-dessus de l'origine de la veine fémorale profonde, n'amène pas, après une dizaine d'heures et même davantage, un épanchement de ce genre. Restent donc les lymphatiques volumineux qui longent les vaisseaux sanguins; des expériences antérieures ont fait reconnaître le développement d'un œdème lymphatique dans des conditions analogues. D'autre part, si, à la partie supérieure de la cuisse droite, on lie les deux troncs lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux sanguins fémoraux et si l'on sacrifie l'animal au bout d'une dizaine d'heures après avoir établi, une demi-heure avant la mort, une constriction au haut de la cuisse gauche, on obtient, des deux côtés, la même forme d'œdème, la même distribution de la sérosité, la même distension des lymphatiques, le même engorgement, par la rétention de la lymphe, du ganglion poplité.
Ces expériences sont facilitées par l'injection hypodermique d'une solution de fluorescéine qui colore les lymphatiques en jaune ou en vert-jaune et les rend ainsi beaucoup plus apparents.

— La communication de M. Boddaert sera insérée au *Bulletin*.

2. Discussion concernant l'obligation de la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses.

M. Hubert rappelle qu'il y a deux ans, au cours de la discussion soulevée par M. Kuborn sur la déclaration des naissances dans ses rapports avec le secret professionnel, il a appelé l'attention de l'Académie sur la question de l'obligation de dénoncer à l'autorité compétente des maladies dont le caratère contagieux fait un péril public. Il signale la négligence apportée en Belgique dans la déclaration des épidémies, alors qu'à l'étranger des mesures de prophylaxie ont été prises.

M. Hubert indique de nouveau les diverses propositions qu'il a déposées antérieurement, et demande à l'Académie de se prononcer à leur égard.

M. Janssens fait remarquer que le Conseil supérieur d'hygiène publique de Belgique, ayant traité la question, a déjà demandé au Gouvernement de faire voter une loi imposant la déclaration des maladies contagieuses.

M. Van Bastelaer fait ressortir les difficultés que la mesure rendue obligatoire provoquera de la part de certaines administrations et de certaines catégories de gens. Il se déclare néanmoins partisan de la mesure en question.

M. Kuborn rapelle que depuis longtemps il partage l'avis qu'il y a lieu de rendre obligatoire la déclaration des maladies contagieuses. Il pense qu'il y a lieu cependant de faire certaines réserves, ou plutôt de bien préciser la mesure, pour ne pas trop enchaîner la conscience du médecin et fait observer que toutes les administrations communales ne prennent pas les mesures nécessaires en cas d'épidémie ou d'épizootie.

M. Kuborn fait ensuite remarquer que cette disposition ne touche en rien au secret médical et qu'elle est comparable à plusieurs dispositions légales ou réglementaires dont la nécessité ou l'actualité s'impose. Il invoque des faits de son observation personnelle, comme aussi il indique la situation dans certaines localités de l'étranger, et termine en appelant de tous ses vœux la désinfection obligatoire.

— Cette discussion continuera dans la prochaine séance.

Sarcome de la base du crâne ; trachéotomie préventive ; ligature provisoire de deux carotides internes ; résection ostéoplastique de la mâchoire supérieure par le procédé de Kocher ; guérison. Présentation de l'opéré ; par M. le Dr A. Depage, chirurgien des hôpitaux de Bruxelles.

M. Depage présente à l'Académie un homme âgé de 39 ans, qui était atteint d'une tumeur de la base du crâne, occupant la région basilaire, la voûte nasale et la face antérieure des premières vertèbres.

Il pratiqua l'opération de la trachéotomie préventive, fit la ligature provisoire des deux carotides internes et la résection temporaire de la mâchoire supérieure par le procédé de Kocher, qui consiste à fendre la lèvre supérieure jusqu'à la narine gauche, à sectionner transversalement les deux mâchoires au-dessus de la voûte palatine sur toute leur étendue, à fendre ensuite la voûte sur la ligne médiane et à écarter les deux mâchoires sectionnées de façon à pouvoir atteindre la tumeur.

M. Depage fit l'enlèvement de la tumeur, le raclage complet de l'apophyse basilaire et des parties osseuses voisines.

Après l'enlèvement de la tumeur, il fit la suture des os.

Le malade auquel cette opération a été pratiquée a parfaitement guéri. Par une intervention ultérieure, M. Depage a refermé la voûte palatine et actuellement aucune déformation n'existe.

L'Académie se constitue en comité secret à 1 heure 30 minutes.

1. Rapport de la Commission qui a été chargée de répondre au questionnaire concernant certaines affections climatériques, formulé par le Gouvernement brésilien et transmis à l'Académie par M. le Ministre de l'agriculture et des travaux publics, par M. Firket.

Ce rapport sera imprimé et distribué aux Membres, pour être discuté dans la prochaine séance.

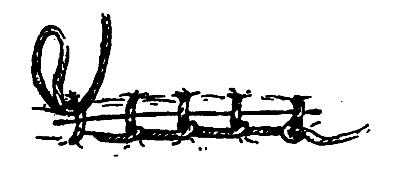
VARIÉTÉS.

NOUVELLE SUTURE AU POINT DE GANZE OU DE CHAINETTE.

Le prof. A. Reverdin, de Genève, propose (1) pour réunir les lèvres d'une plaie, une nouvelle méthode de suture qui nous paraît procurer les avantages de la suture enchevillée, combinée au surjet.

Voici sa manière de procéder.

La nouvelle suture commence, comme toute autre par un point d'arrêt dont on place le nœud sur l'un des côtés de la plaie ; puis, après avoir couché le fil sur une certaine longueur (un à trois centimètres suivant l'épaisseur des téguments), parallèlement et au-dessous de la ligne de réunion, on lui fait enjamber celle-ci, puis on dirige la pointe de l'aiguille du côté de l'anse ainsi formée de façon à y faire passer le fil. Il répète la manœuvre jusqu'à l'extrémité de la plaie, ou bien, selon les circonstances, et pour ne pas tout confier à un seul fil, il place deux sutures à la suite.



Le fil, par la partie qui longe en contre-bas les lèvres de la plaie, les rapproche tandis qu'en passant par-dessus ces mêmes lèvres, il les affronte, les ajuste comme ferait un surjet. E. H.

Suture avec l'aiguille de Pravaz. — Le Dr Auguy se sert avantageusement de ce moyen ingénieux pour passer des sutures : tout praticien a à sa disposition une aiguille de seringue de Pravaz : il convient pour cet objet qu'elle soit assez grosse et, s'il se peut, flexible.

On introduit, comme cela se pratique d'ordinaire pour les empêcher de se boucher, un fil d'argent sans laisser déborder le fil en avant. On transfixe alors les parties à suturer, et pour cela il est facile de donner à l'aiguille telle courbure que l'on désire. Le fil est poussé hors l'aiguille et saisi à son extrémité : l'aiguille retirée, le fil reste seul dans la plaie. Il ne s'agit plus que de le couper bien droit au ciseau et de le tordre, et l'aiguille reste montée pour le point suivant en retirant un peu le fil hors de la pointe.

Ce procédé est moins douloureux que l'emploi de l'aiguille de Reverdin, ou de l'aiguille ordinaire, puisqu'il faut, dans les deux cas, passer le volume de l'aiguille, plus le double volume du fil recourbé en anse ; et cela ne se fait pas sans à-coup, ni tractions assez fortes.

On peut avec l'aiguille de Pravaz, pratiquer, sans trop de cris ni violences, des sutures à des enfants qu'il faudrait autrement maintenir de force.

Ce procédé rendra surtout service, lorsqu'il faudra faire des sutures pour plaies légères, des lèvres, du cuir chevelu par exemple. En raison de l'indocilité de l'enfant et de l'émoi des parents, il importe de réduire ce traumatisme au minimum. L.

(1) *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1898, n° 4, p. 198.

La levure de bière en thérapeutique. — Cette étrange médication a été employée principalement contre la *furonculose*, et, s'il faut en croire le dr Brocq, non pas sans avantage; toutes les fois qu'elle aurait été administrée dans de bonnes conditions, la furonculose se serait arrêtée presque sûrement au bout d'une huitaine de jours.

Toutes les *dermatoses suppurées* seraient également justiciables du même traitement, les impetigos, les acnés, etc. Brocq a vu plusieurs cas d'acné suppurée dans lesquels elle a bien réussi. Il en est de même pour certains cas de folliculites de la barbe. En somme, elle paraît réussir dans toutes les suppurations de la peau, mais on peut la considérer comme presque spécifique de la furonculose et de l'anthrax. Elle est supérieure au colchique, qui est cependant très efficace, selon les faits rapportés, il y a deux ans, par le même dermatologue.

Pour que la levure agisse bien, elle doit être fraîche ; la dose est de deux ou trois cuillerées à café dans un peu d'eau au commencement du repas, mais cette dose pourrait être augmentée sans inconvénient.

La levure de bière a été aussi donnée dans la *diabète* ; d'un travail publié par le *Bulletin médical*, il résulterait que ses effets, le régime alimentaire restant normal, sont les suivants :

1° Parfois il y a diminution immédiate et manifeste de la glycosurie.

2° Dans d'autres circonstances, la glycosurie augmente momentanément, puis diminue ensuite et atteint un chiffre inférieur à celui que donnait le régime de Bouchardat.

3° L'état général s'est toujours amélioré, les forces et le poids ont toujours augmenté.

4° Avec l'"asthénie habituelle à ces malades ont disparu les douleurs qu'ils ressentent à toutes les périodes de l'affection ; quelquefois, elles ont été simplement atténuées, mais l'amélioration était suffisante pour permettre le retour à la vie antérieure.

En somme, si la levure donne de bien meilleurs résultats dans certains cas que dans d'autres, il ne semble pas que son emploi présente de contre-indications. Pour ce qui est du mode d'administration, la levure sera prise aux repas, délayée dans du vin blanc ou dans de la bière ; de cette façon, elle est acceptée sans difficulté. Les seuls inconvénients, et encore ils ne sont pas constants, sont le développement dans l'estomac d'une grande quantité de gaz inodores, les éructations fréquentes, la diarrhée, accidents qui persistent pendant toute la durée de la période d'accoutumance du malade à son régime.

On donne deux à trois cuillerées à potage de levure par jour, soit 30 gr. environ, dose qu'on peut réduire tous les trois ou quatre jours à une cuillerée, la levure conservant sa vitalité dans le tube digestif ; pour la même raison on pourra également suspendre, de temps à autre, l'absorption de la levure pendant quelques jours. L.

—

Amputés et bicyclette. — Le Dr Breitung a rapporté l'observation d'un individu de 27 ans qui dut, à la suite d'une chute faite à l'âge de six ans, subir l'amputation de la cuisse. Malgré la perte de son membre, cet individu s'abandonna au tourisme et aux sports, et cela

non sans succès. En effet, il faisait, sans appareils, des sauts de 1 m. 40 en hauteur et, avec la perche, des sauts de 1 m. 80. Il marchait sans fatigue pendant huit à dix heures par jour. Enfin il compléta ces exercices par la bicyclette. Pour tout cela, il suppléait au membre qui lui manquait par une jambe artificielle parfaitement construite à Nuremberg.

Le Dr Brunner a cité un cas analogue : un homme de 25 ans avait une ankylose du genou gauche consécutive à une ostéomyélite suppurée. En 1896, il vint trouver M. Brunner et lui demanda d'être débarrassé du membre rigide qui lui rendait la bicyclette impossible! On lui amputa la cuisse au niveau du tiers inférieur; puis un bandagiste de Zurich lui construisit un appareil prothétique pouvant se plier à angle aigu au niveau du genou, pour suivre les mouvements de la pédale.

Cet homme monte une bicyclette de dame munie d'une sorte de pince fixant le pied artificiel ; il roule longtemps et bien, sans qu'on puisse s'apercevoir de son infirmité. Grâce à la longueur du moignon, la cuisse gauche joue aussi un rôle dans l'action de pédaler, si bien que, les muscles s'étant hypertrophiés, il a fallu lui construire un nouvel appareil; le premier était devenu trop étroit.

M. Brunner conclut que la bicyclette est à la portée des amputés de jambe et de cuisse et qu'elle leur permet des courses longues et sans fatigue, à la condition qu'ils soient pourvus d'un membre artificiel approprié, se fléchissant plus complètement que ceux qu'on construit d'ordinaire. L.

Un cas d'empoisonnement par le bromoforme. Ce cas, rapporté par *Deutsche med. Woch*, semble indiquer que des doses énormes ne déterminent pas facilement la mort.

Il concerne un enfant de deux ans et demi qui absorbe environ 5 à 7 grammes de bromoforme.

On injecte, pour provoquer le vomissement, 15 milligrammes de chlorhydrate d'apomorphine sous la peau.

Ce médicament reste sans effet.

L'enfant reste sans connaissance, la peau se refroidit; les pupilles sont larges comme une tête d'épingle, l'air expiré sent le bromoforme, le pouls est petit et fréquent, 108. Pour combattre le collapsus, on injecte 5 décigrammes d'éther sulfurique à plusieurs reprises, en tout 4 grammes. On donne un bain chaud avec douche froide sur le cœur; lavements d'eau vinaigrée, d'eau de moutarde, de vin rouge; massage du cœur et du ventre. On pratique la respiration artificielle pour permettre l'oxygénation du sang et l'élimination du bromoforme.

Plus tard, pour réveiller l'excitabilité nerveuse, on a recours à la strychnine; on pratique une injection de 2 décigrammes de teinture de strychnine. En une heure on injecte ainsi en tout 1 gr. 5 de teinture de strychnine. Le pouls devient plus calme et plus régulier. La pupille se dilate et devient sensible à la lumière.

A quatre heures, le courant faradique détermine des réactions normales des bras et des jambes.

L'enfant revient à lui, les suites sont normales. L.

BIBLIOGRAPHIE.

DANGERS DES EAUX DE SURFACE.

M. l'ingénieur G. Lambert, professeur émérite de l'Université de Louvain, vient de publier (Bruxelles, E. Goossens, édit., 1898, 30 pages) une brochure sur les dangers que présentent les eaux de la surface, très intéressante et démontrant, en particulier pour l'alimentation de Bruxelles, que ce n'est pas à quatre-vingt kilomètres qu'il fallait aller chercher, soit dans le Bocq soit dans le Hoyoux, des eaux dures, marquant *trente-deux* degrés hydrotimétriques — mais qu'on pouvait trouver en abondance, sous la capitale même, à 104 mètres, dans la craie, des eaux de premier choix.

D'après les tableaux du *mouvement hygiénique de Belgique* (1897), dans les *provinces wallonnes*, où l'on consomme généralement des eaux souterraines ou de source, la moyenne de la mortalité n'a pas dépassé *dix-huit pour mille*, pendant la période 1884-1893 — tandis que dans les *Flandres*, où l'on consomme des eaux de surface ou découvertes, cette mortalité a été supérieure à *vingt-deux pour mille* pendant la même période. — « A ce compte, en alimentant le Nord ou la partie basse de la Belgique avec des eaux souterraines, on pourrait épargner annuellement *quinze mille* existences au moins. »

Très claires, très instructives, et très faciles à lire, même pour qui n'est pas hydrographe, les pages consacrées par notre éminent collègue à la question vitale des eaux alimentaires. E. H.

TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES, par H. FRITSCH.

M. le dr J. Stas nous a donné en 1892, une traduction du traité *clinique des opérations obstétricales* de Fritsch ; il nous donne aujourd'hui son *traité des maladies des femmes*. (Anvers, Buschman, édit. 1898, 559 p. 252 gravures.)

L'apparition d'un nouveau livre du professeur de Breslau est toujours un évènement de nature à intéresser vivement tous ceux qui s'occupent d'obstétrique ou de gynécologie. On se rappelle le succès qu'eut en France comme en Belgique son livre sur la *pathologie et le traitement des affections puerpérales*, traduit par MM. Lauwers et Hertoghe — que nous eûmes l'honneur de présenter au public et dont notre collègue de Gand, M. Vancauwenberghe, a pu dire avec raison : « C'était la première œuvre assez complète pour entraîner les convictions, c'est elle qui a eu peut-être la plus large part à la vulgarisation de l'antisepsie obstétricale dans notre pays ».

Nous souhaitons à l'œuvre nouvelle tout le succès qu'ont obtenu ses devancières. E. H.

LES PREMIERS SOINS A DONNER EN CAS D'ACCIDENTS SUBITS.

Conférences du dr Fréd. von Esmarch. Traduites par le dr Van Oye. (Bruxelles, Manceaux, éditeur, 3e édition française, ornée de 93 gravures.)

Un excellent petit traité de chirurgie populaire, écrit par un grand chirurgien, qui voudrait que tout homme possédât les notions élémentaires suffisantes pour pouvoir se rendre utile en cas d'accidents — et qui dépense toute son ingéniosité à les inculquer. E. H.

ÉTRANGLEMENT INTERNE OCCASIONNÉ PAR LE DIVERTICULE DE MECKEL.

Abstraction faite des cas — qui ne sont pas rares et qui sont presque toujours mal interprétés — de pseudo-iléus, par appendicite, par péritonite, ou par autre cause, l'étranglement interne est une affection dont les causes sont des plus variées et parfois des plus inattendues, à ce point que l'observation clinique se trouve souvent en défaut pour les dépister; bien plus, il arrive souvent que le chirurgien, même le ventre ouvert, ne sait trop à quel genre d'iléus il a affaire; pour cette raison, plus encore, parce que l'intervention est presque toujours trop tardive, les résultats opératoires sont loin d'être brillants.

Aussi, la relation du cas suivant d'étranglement interne, dont la cause n'a pas été banale, et qui, grâce à une intervention provoquée à temps par le médecin traitant, s'est terminé heureusement, ne sera pas sans intérêt.

Femme F..., de Bruges, 30 ans, mariée, sans enfants, d'une bonne santé, dans les antécédents de laquelle il n'y a à relever qu'une constipation habituelle l'obligeant à recourir fréquemment à des purgatifs, quelques crises de rétention des matières fécales suivie de débâcle et de l'endolorissement du ventre vers la fosse iliaque droite.

Le 24 août 1896, elle est prise subitement le soir de douleurs intenses de ventre, sous forme de coliques, accompagnées de hoquet et de nausées; progressivement les symptômes de l'iléus s'établissent : vomissements bilieux, puis fécaloïdes, absence de selles et de vents, décomposition des traits, pas de fièvre, pouls ralenti, — d'après mes observations, alors que les auteurs ne relèvent que l'accélération du pouls, son ralentissement est un symptôme fréquent, dans l'étranglement herniaire et dans l'iléus en général, au début, avant l'apparition de la péritonite.

Le 27, la situation est tellement grave que M. le d[r] Barthels, sans s'attarder aux moyens usuels du traitement médical, qui, employés de la façon la plus judicieuse, se sont montrés impuissants,

déclare qu'une intervention chirurgicale immédiate est indispensable.

Je vois la malade le 28, le quatrième jour par conséquent après le début des symptômes.

Je trouve son état général encore assez satisfaisant; il n'en est pas de même de l'état local : l'abdomen est très développé, de forme globuleuse, rénitent, mais partout sonore; toutefois, à travers les parois contractées, il y a moyen de sentir une résistance plus accentuée au niveau de la fosse iliaque droite, là où les douleurs spontanées et à la pression sont d'ailleurs surtout accusées.

Nous n'avions pas d'indications sur la cause de l'iléus; en tenant compte des symptômes antérieurs, nous pouvions soupçonner une péritonite chronique, un rétrécissement de nature tuberculeuse ou autre; bref, des lésions diffuses offrant peu de prise au traitement chirurgical; l'opération, qui s'imposait quand même, nous réservait une surprise.

Le ventre ouvert sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis, je dirige mes recherches directement vers le flanc droit et, après avoir écarté rapidement les anses intestinales ballonnées, je découvre la cause des accidents sous forme d'un long filament fibreux, qui, partant d'un diverticule de l'intestin grêle, va s'attacher au mésentère, vis-à-vis de l'articulation sacro-iliaque droite, formant une bride sous laquelle une anse intestinale est venue s'étrangler.

Il s'agit du diverticule de Meckel; j'en pratique l'extirpation et referme le ventre.

La débâcle se produit le lendemain et la guérison vient sans encombre.

Depuis l'opération, la dame F... n'a plus souffert du ventre ni de constipation.

Il n'y a pas longtemps que l'attention a été attirée sur le diverticule de Meckel comme agent d'étranglement interne, et, à en juger d'après les observations qui se publient, son importance dans la pathologie du ventre apparaît de plus en plus grande.

Pour ceux qui ne seraient pas édifiés sur la provenance de ce diverticule, quelques notions d'embryologie ne seront pas inutiles.

Lorsque, pendant la formation de l'embryon, l'abdomen tend à

se fermer, la cavité de la vésicule ombilicale se continue avec ce qui sera plus tard la cavité intestinale. Au deuxième mois embryonnaire, la cavité intestinale se ferme, constituant un tube qui reste en communication avec la vésicule ombilicale par un petit canal, dit canal vitellin, canal omphalo-mésentérique. Normalement, au troisième mois, ce canal s'oblitère, et l'intestin, séparé de toute connexion avec l'ombilic, devient libre dans la cavité abdominale.

Dans quelques cas, au contraire, le canal vitellin persiste, et l'anse intestinale qui le porte, ou bien restera adhérente à l'ombilic par son intermédiaire. ou bien sera libre dans l'abdomen, tout en conservant un appendice plus ou moins long en communication avec sa cavité.

Cet appendice, qui a été bien étudié par Meckel et est à cause de cela connu sous son nom, a une longueur variable de 2 à 16 centimètres, le plus souvent 7 à 8 centimètres : il s'implante habituellement sur le bord convexe de l'intestin, quelquefois sur une des faces latérales, très rarement au niveau de l'insertion du mésentère.

Le diverticule de Meckel peut constituer des nœuds autour de l'intestin, c'est ce qui arrive, lorsque l'extrémité est libre et flottante ; ou encore former des brides sur lesquelles l'intestin vient se couder, comme dans le cas précédent ; c'est ce qui arrive, lorsque l'extrémité est restée adhérente à l'ombilic, ou bien lorsqu'elle a contracté des adhérences anormales avec un autre point de la paroi abdominale. avec le mésentère, le cœcum, l'iléon lui même.

On comprend que les accidents ne soient pas rares, puisque, d'après Augier, on trouverait le diverticule de Meckel chez une personne sur cinquante. Comme il répond à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, le diverticule siège habituellement vers la fosse iliaque droite. C'est là une notion qui peut être très précieuse pour le diagnostic.

Pour le dire en passant, le diverticule de Meckel persiste quelquefois perméable en dehors de la cavité abdominale dans l'épaisseur du cordon. Au moment de la chute de ce dernier, il se présente sous la forme d'une petite masse rougeâtre, portant parfois à son sommet un orifice à travers lequel s'écoulent des mucosités et des matières fécales.

Telle est l'origine des fistules stercorales de l'ombilic, depuis longtemps signalées.

En pareil cas, les accidents de l'étranglement font défaut, et les

matières fécales continuent à passer par l'anus. Cette particularité ruine absolument, comme l'a écrit Kirmisson, l'hypothèse ancienne où l'on admettait que ces enfants présentaient au moment de la naissance une hernie ombilicale étreinte par la ligature du cordon faite sans précaution par le médecin ou la sage-femme. Si cette interprétation était exacte, l'enfant aurait eu des phénomènes d'étranglement, de l'arrêt des matières. Il faut accuser tout simplement la persistance du canal omphalo-mésentérique.

Avoir une fistule stercorale par l'ombilic est déjà pour l'enfant un fait très pénible, alors même qu'elle ne compromet pas l'existence. Mais ce n'est pas tout ; cet orifice peut devenir le point de départ d'accidents très graves sur lesquels Kirmisson a insisté. A mesure que l'enfant grandit, il fait des efforts de plus en plus énergiques ; l'orifice s'élargit, et on voit peu à peu se produire un prolapsus de la muqueuse, un vrai champignon muqueux perforé d'un orifice par où passent les matières fécales. C'est le deuxième degré de l'affection ; persistance du diverticule avec fistule et prolapsus. Les choses peuvent aller plus loin encore. Il peut se produire à travers cette fistule de véritables étranglements. A mesure que l'affection se caractérise, la muqueuse est entraînée au dehors ; la paroi de l'intestin opposée à l'orifice fistuleux arrive à faire issue et s'étrangle à travers l'ouverture du diverticule. On peut arriver ainsi à la constitution d'un véritable anus contre nature avec bout supérieur, bout inférieur, et interposition d'éperon.

Telle est la succession des accidents auxquels peut donner lieu la persistance du diverticule de Meckel à l'ombilic.

Il peut se faire que le diverticule, ayant perdu ses connexions avec l'intestin, persiste seulement dans sa partie externe, que des sécrétions s'y accumulent et qu'il devienne ainsi l'origine de kystes. Ce sont là des faits d'ailleurs exceptionnels, mais qui n'en sont pas moins intéressants.

Mais ce n'est pas tout encore, et la notion de l'existence du diverticule de Meckel va servir à expliquer un quatrième ordre de faits.

Kirmisson a signalé les petites tumeurs solides qui sont de véritables adénomes développés aux dépens de la muqueuse intestinale.

Ces tumeurs siègent dans l'intérieur même de la cicatrice ombili-

cale, plus ou moins pédiculées, toujours irréductibles, ayant absolument l'aspect de la muqueuse intestinale, rougeâtres, recouvertes de mucosités glaireuses. Ce ne sont pas des tumeurs granuleuses, semblables à des bourgeons charnus, mais absolument lisses. On peut les refouler mais non les réduire.

On voit par là que les anomalies auxquelles peut donner naissance la persistance du canal omphalo-mésentérique, sont extrêmement multiples. Dr DANDOIS.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT APRÈS L'AMPUTATION DU COL.

M. Audebert publie dans les *Annales d'obstétrique* une étude très intéressante sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col.

On sait aujourd'hui, d'après maints travaux récents, que certaines opérations pratiquées sur l'utérus, soit pour le redresser en cas de déviation, soit pour le fixer s'il existe un prolapsus, ont quelquefois une influence fâcheuse sur l'évolution des grossesses ultérieures.

Un certain nombre d'observations d'accouchements prématurés ou de dystocie pendant le travail ont été signalées après l'opération d'Alexander, mais surtout après l'hystéropexie.

L'attention des accoucheurs n'a pas été attirée d'une façon aussi suivie sur les accidents qui peuvent être la conséquence de l'amputation partielle ou totale du col.

Pozzi dans son *Traité de gynécologie* (3me édition page 250) dit : « Les diverses opérations plastiques sur le col utérin (amputation, résection, suture des déchirures) ne sauraient compromettre sa dilatibilité, car elles donnent lieu à des cicatrisations primitives sans production de tissu inodulaire inextensible. »

Cette opinion est d'un optimisme exagéré.

Audebert donne tout au long l'histoire de seize observations recueillies pour la plupart dans les registres de Pinard.

A la lecture de ces observations, ce qui frappe c'est la proportion énorme des *avortements* ou des *accouchements avant terme.*

En effet, sur 16 femmes qui après l'amputation du col ont eu en tout 24 grossesses, on trouve :

10 avortements,
9 accouchements avant terme,
5 accouchements à terme.

Ces faits, bien éloquents par eux-mêmes, deviennent encore plus saisissants quand on compare la marche des grossesses qui ont précédé l'amputation du col, avec l'évolution de celles qui l'ont suivie. Les mêmes femmes avant d'être amputées avaient fourni un total de 27 grossesses ; sur ces 27 grossesses

22 grossesses à terme,
2 grossesses à 8 mois,
1 grossesse à 7 1/2 mois,
2 avortements à 3 mois.

Donc :

Avant l'amputation du col :	*Après amputation :*
Sur 27 gr. { 22 à terme : *81 p.c.* / 2 avortements.	Sur 24 gr. { 5 à terme : *21 p.c.* / 10 avortements.

J'ai eu l'occasion d'observer récemment un cas tout aussi démonstratif. Une dame de mes clientes ayant donné naissance à 4 enfants vivants, à terme, subit l'opération de Schrœder, il y a deux ans, à Bruxelles. Depuis son opération je l'ai soignée deux fois pour fausse couche à 2 1/2 mois et à 3 mois.

Quelle est la cause de ces avortements si fréquents ?

« Il serait difficile en ce moment, dit Audebert, de donner une explication exacte. La durée de la gestation a semblé souvent en rapport inverse de la hauteur à laquelle le col a été sectionné et de l'étendue de la perte de substance.

» Dans une observation, les derniers mois de la grossesse ont été marqués par des *accidents sérieux* dont la première grossesse a été exempte : *perte de sang* pendant 2 mois et *douleurs vives* dans les reins et le bas-ventre pendant tout le dernier trimestre. Malgré le repos complet au lit, malgré l'emploi des narcotiques, les douleurs ne cessèrent pas.

» Probablement que sans le repos, on aurait eu un accouchement avant terme. Les douleurs étaient peut-être dues aux tiraillements que

l'expansion du segment inférieur exerçait sur la cicatrice cervicale. »

Influence sur la marche de l'accouchement. Un accident très fréquent est la *rupture prématurée des membranes*. On l'a observée dans 10 cas :

Au début du travail 2 fois.

32 heures avant le début du travail :			1 fois.
2 jours	—	—	2 fois.
3 jours	—	—	2 fois.
4 jours	—	—	2 fois.
8 jours	—	—	1 fois.

On n'ignore pas aujourd'hui quelle est l'importance de cette ouverture précoce de l'œuf dans la production des accidents infectieux. (Voir *Traitement de l'infection puerpérale*, par Pinard et Wallich.)

Si nous examinons les observations au point de vue de la *fréquence des diverses présentations* dans les accouchements des trois derniers mois, nous trouvons :

Sommet : 10 fois.

Siège complet : 2 fois.

Epaules : 3 fois.

Sur ces 15 enfants, 12 sont nés vivants.

Au point de vue de la délivrance. — Dans les cas d'accouchement à terme, aucune particularité. Après l'avortement, 4 fois rétention placentaire s'accompagnant d'accidents hémorragiques ou infectieux graves. Le nombre total étant seulement de dix, on voit combien *l'avortement complet est fréquent* après l'amputation du col.

Le défaut de dilatabilité de l'orifice utérin cicatrisé expliquerait, me semble-t-il, la fréquence de cette fâcheuse complication.

Comment se comporte le col au point de vue de sa dilatation? — Si dans certains cas la marche du travail a été régulière, dans la plupart des cas la durée a été supérieure à la moyenne.

Parmi les observations nous en trouvons une où la dilatation est restée incomplète malgré une journée de violentes douleurs et amenant de grandes difficultés pour l'extraction de la tête dernière.

Dans une autre, pendant les manœuvres de dilatation, les commissures éclatèrent.

Dans une autre encore il fallut terminer l'accouchement par une

basiotripsie laborieuse à travers un orifice inextensible, incomplètement dilaté.

Comment expliquer la différence d'allures du travail dans ces différentes observations ?

Si à la suite de l'amputation du col, l'adaptation des parties cruentées est parfaite, si la réunion se fait par première intention le tissu cicatriciel est réduit à son minimum ; il n'existe pour ainsi dire pas. La dilatation se fera donc sans gêne et sans tiraillements. Mais si la réunion per primam vient à faire défaut : quand une cicatrisation par bourgeonnement se produit, le tissu souple et élastique du col se transforme en un tissu scléreux et inextensible qui met obstacle à la dilatation et qui, sous l'effort de plus en plus énergique des contractions utérines, résiste indéfiniment ou bien se rompt sur une étendue variable.

Bénignes si elles n'intéressent que le bord orificiel, ces ruptures acquièrent une gravité redoutable si elles dépassent la portion vaginale du col.

Tous les gynécologues modernes assurent l'affrontement des parties avivées par des sutures suffisamment rapprochées qui doivent s'opposer à la formation du tissu inodulaire.

Dans l'immense majorité des opérations ce résultat est obtenu. Mais, quelle que soit l'habileté du chirurgien, peut-il toujours être certain d'une réunion par première intention ? Ne faut-il pas redouter, malgré toutes les précautions, la rupture de quelques points de suture, qui sera suivie de l'écartement des lèvres de l'incision et de la formation d'une cavité, au niveau de laquelle la cicatrisation se fera par bourgeonnement ? Or, toute plaie qui bourgeonne doit amener fatalement la constitution d'une plaque plus ou moins étendue de tissu fibreux, impropre à toute dilatation.

Traitement prophylactique. — La femme qui a subi l'amputation du col, doit avant tout pendant la grossesse éviter toute cause de fatigue pouvant éveiller des contractions utérines. — Dans les derniers mois les précautions doivent encore être plus rigoureuses. Pinard a démontré combien la marche et la station debout agissent sur l'engagement de la tête et par suite sur la rupture des membranes et sur la provocation prématurée de l'accouchement.

Aussi sera-t-il prudent d'exiger le repos presque complet.

Traitement curatif. — La conduite de l'accoucheur devra varier suivant le siège et l'étendue des lésions et suivant la profondeur des tissus envahis. Dans les cas où la dilatation est absolument entravée, on a conseillé la dilatation forcée; c'est un moyen dangereux.

Plus efficace est celui des débridements, soit comme le veut Guéniot — en les pratiquant par petits coups de proche en proche, par entailles peu profondes — soit d'après la méthode de Dürhssen qui est partisan de profondes incisions au nombre de 3 ou 4 : 2 latérales et 1 postérieure sur une étendue de 4 cm. environ.

D'après Dürhssen, elles seraient complètement inoffensives et ne demanderaient même pas à être suturées.

Enfin dans certains cas, si la cicatrice est très large, on agirait plus prudemment en recourant d'emblée à l'amputation utéro-ovarique de Porro.

Dr J. DE KONINCK.

DES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE.

Il a été souvent question dans ces derniers temps de l'emploi en thérapeutique des courants de haute fréquence; comme il s'agit d'un chapitre nouveau de l'électrothérapie, nous avons cru utile de transcrire la partie s'y rapportant d'une intéressante lecture sur les applications de l'électricité en médecine et en chirurgie, faite à la Société médicale des étudiants par M. F. Daubresse.

Dans le *courant constant*, l'intensité est invariable, c'est le courant galvanique fourni par exemple par une bonne pile. Quand l'intensité d'un courant, au lieu de rester ainsi toujours la même, varie d'une façon continue sans jamais atteindre d'état permanent, le courant est dit *oscillatoire*. Un cas particulier du courant oscillatoire est le courant périodique. On appelle *courant périodique* un courant oscillatoire dont l'intensité varie toujours de la même façon et qui revient à une même valeur à des intervalles de temps égaux. Une période d'un tel courant en est la partie comprise entre deux retours à la même intensité. La fréquence d'un courant périodique est le

nombre de périodes qui ont lieu dans l'intervalle d'une seconde. Lorsque le nombre de périodes est considérable — de cent cinquante mille à un million par seconde — le courant est désigné par sa fréquence même et on l'appelle *courant de haute fréquence.*

Un dispositif, basé sur la façon dont se déchargent les accumulateurs permet de produire ces courants. En 1889, M. d'Arsonval avait découvert qu'avec des oscillations suffisamment rapides, on pouvait faire passer à travers le corps des animaux des courants qui ne seraient nullement perçus. Ces courants de haute fréquence circulent aussi bien dans les circuits ouverts que dans les circuits fermés, en sorte que le contact avec un seul pôle suffit toujours pour donner un courant. Cette propriété des courants de haute fréquence, à savoir leur facile propagation dans les circuits ouverts, a donné naissance aux applications directes monopolaires. — Les courants de haute fréquence jouissent d'une autre propriété qui a été également utilisée en électrothérapie : ils donnent lieu à des phénomènes d'induction remarquablement intenses.

Cette propriété des courants de haute fréquence de donner lieu à des phénomènes d'induction très intenses a été appliquée par d'Arsonval en électrophysiologie et en électrothérapie. Sous le nom d'autoconduction, l'éminent professeur désigne une nouvelle méthode d'électrisation qui consiste à faire traverser le corps du malade, sans que celui-ci ait une liaison quelconque avec la source électrique. Les courants qui circulent dans l'individu ne lui parviennent pas au moyen de conducteurs; ils prennent naissance dans ses propres tissus, jouant le rôle de circuit fermé sur lui-même. L'autoconduction est appliquée au moyen d'un câble à lumière soigneusement isolé, enroulé sur un cylindre de matière isolante ; on constitue ainsi un solénoïde. dans l'intérieur duquel on place le sujet à électriser.

Comme nous venons de le voir, on emploie les courants de haute fréquence soit par l'autoconduction, soit par l'application directe. *L'application directe* est faite à l'aide d'un excitateur métallique placé directement sur la peau ; on constate que la sensibilité n'est nullement excitée : le sujet n'éprouve aucune sensation. Il en est de même de la contractilité musculaire : les muscles du sujet restent au repos le plus absolu et cependant les courants que nous considérons sont capables

de porter à l'incandescence une série de lampes électriques, placées sur le circuit dont le corps du sujet fait partie. Lorsque le courant est trop fort, on éprouve seulement, aux points d'application une faible sensation de chaleur. Le prof. d'Arsonval a pu faire traverser son corps par des courants de plus de trois mille milliampères, sans éprouver la moindre douleur, tandis que des courants d'une intensité dix fois moindre seraient extrêmement dangereux, si la fréquence, au lieu de cinq cent mille à un million par seconde, était abaissée à cent, comme cela a lieu pour les courants industriels.

Dans l'*autoconduction*, les tissus sont placés dans le champ électrique oscillant, créé par un solénoïde qui entoure de toutes parts l'individu. Les tissus vivants sont alors le siège de courants induits extrêmement énergiques, grâce à la fréquence de la source électrique; ils se comportent comme des conducteurs fermés sur eux-mêmes et sont parcourus par des courants d'induction d'une grande intensité. Ces courants induits, qui constituent l'autoconduction de d'Arsonval, ont leur siège dans l'organisme lui-même et agissent sur les centres nerveux et sur les organes situés même très profondément. Ils ne produisent aucune douleur ni aucun phénomène conscient chez l'individu qui est soumis à leur action; ils agissent néanmoins énergiquement sur la vitalité des tissus. Les combustions respiratoires sont accrues; il y a plus d'oxygène absorbé et d'acide carbonique exhalé; le rythme et l'amplitude des mouvements respiratoires augmentent d'une façon notable, la calorification est ainsi suractivée et le dégagement de chaleur plus intense.

La conclusion des effets physiologiques des courants de haute fréquence, est que l'organisme est fortement influencé au point de vue des échanges nutritifs qui se passent dans les tissus. Le sujet soumis à l'autoconduction dans le solénoïde, retire le même profit que s'il effectuait un exercice violent comme l'ascension d'une montagne, une course à bicyclette, etc.; ses déchets augmentent, les combustions intimes dans les tissus deviennent plus profondes, mais le malade n'éprouve pas la fatigue qu'entraîne fatalement l'exercice réellement accompli. On comprend par suite, quelle importance peut avoir l'autoconduction dans le traitement des maladies, et principalement dans celles qui sont le résultat d'un trouble ou d'un ralentis-

sement de la nutrition. On a constaté que sur cette catégorie de maladies, l'autoconduction exerce une action puissante et réparatrice, en accélérant les échanges organiques, et en activant les combustions ralenties. L'examen des urines a montré que le taux de l'acide urique diminue, en même temps que celui de l'urée augmente. En outre l'état général est amélioré, le sommeil revient, et l'appétit se réveille. Dans le diabète quelques essais de traitement à l'aide des courants de haute fréquence ont donné des résultats encourageants.

DE LA TUBERCULOSE INTESTINALE.

Dans une importante monographie publiée par les *Beiträge zur klin. Chirurgie* au sujet de la tuberculose du cœcum, le d[r] Conrath a placé d'intéressants aperçus sur la tuberculose intestinale en général.

Étiologie. La tuberculose intestinale reconnaît diverses origines.

1° Les travaux de Bollinger ont montré que l'infection du tube intestinal peut résulter de *l'ingestion de la viande ou du lait provenant d'animaux tuberculeux*; les produits dérivés du lait, *le beurre*, *le fromage*, peuvent agir de la même façon.

On a objecté que les organes, qui, chez les animaux de boucherie, sont le siège habituel des lésions tuberculeuses, n'interviennent pas dans l'alimentation ou du moins se présentent avec des altérations tellement visibles qu'ils sont rejetés; mais les recherches de Steinheil et de Huhn ont établi que les muscles des sujets ou des animaux tuberculeux exprimés fournissent un liquide susceptible de transmettre la tuberculose.

Les viandes fumées conservent leurs propriétés infectieuses, ce qui est d'autant plus grave qu'elles sont fréquemment consommées à l'état cru; les quartiers de viandes rôties elles-mêmes ne sont sûrement stérilisés qu'à la surface.

Ce n'est pas tant la viande cependant, mais le lait qui intervient dans la production des tuberculoses intestinales d'origine alimentaire; or, pour détruire les bacilles tuberculeux renfermés dans le lait, il suffit que le liquide ait été soumis pendant 15 minutes à la température de 65° ou pendant 10 minutes à la température de 70°.

2° La tuberculose intestinale survient dans la grande majorité des cas par suite de la *déglutition des crachats* chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire; il n'est pas requis, pour que l'infection se

produise, qu'il existe des lésions de la muqueuse. Sans doute, ces lésions, lorsqu'elles existent, prédisposent à l'infection, soit en favorisant l'arrêt des microbes sur place, soit en diminuant la résistance des tissus, soit encore en provoquant des pertes de substance.

Parmi les infections intestinales prédisposant à la tuberculose, il y a lieu de citer l'entérite *prétuberculeuse*, c'est-à-dire le catarrhe intestinal non spécifique résultant de l'action irritante, d'ordre mécanique ou toxique, des crachats ingérés, puis, toutes les entérites chroniques occasionnées par une alimentation grossière ou vicieuse ou par les excès alcooliques ; la fièvre typhoïde, la constipation habituelle, les lésions provoquées par l'action toxique de certaines substances, telles que le mercure, ou par le passage de corps étrangers, rendent également l'intestin plus vulnérable ; l'action prédisposante, au moins locale, d'une attaque de dysentérie est plus contestable, car les lésions de cette maladie siègent de préférence au niveau de l'S iliaque, là où on ne trouve des altérations tuberculeuses que dans le cas de généralisation de l'infection à tout le tractus intestinal.

Par contre, l'action prédisposante des maladies de l'estomac est établie ; d'ordinaire, on trouve des lésions de cet organe d'autant plus accusées que la tuberculose intestinale est elle-même plus grave.

L'influence de la quantité de virus tuberculeux ingéré est néanmoins prédominante ; ainsi, Böllinger a trouvé le lait des vaches tuberculeuses doué de propriétés infectieuses dans la proportion de 80 p. c. parmi les formes très avancées de la maladie, de 66 p. c. parmi les formes moyennes et de 33 p. c. seulement dans les formes légères.

C'est ainsi que Eisenhart a établi que sur les 563 pour 1000 de phtisiques adultes atteints de tuberculose intestinale, il y en a 489 avec cavernes, 74 seulement sans cavernes ; on conçoit en effet que l'étendue et la gravité des lésions pulmonaires augmentent et la quantité des crachats et leur contenu en bacilles.

Comme les enfants phtisiques présentent plus rarement des cavernes que les adultes, on comprend que la tuberculose intestinale secondaire à la tuberculose pulmonaire soit chez eux sensiblement moins fréquente (31.6 p. c. des cas seulement).

En somme, la tuberculose intestinale se présente sous deux formes bien distinctes : une forme *primitive* et une forme *secondaire* ; la première est celle qui survient chez un sujet jusqu'alors indemne de tout foyer tuberculeux par ingestion d'aliments infectés ; la seconde est celle qui se produit par la déglutition des crachats chez les sujets en puissance déjà de tuberculose pulmonaire.

L'existence d'une tuberculose intestinale primitive d'origine alimen-

taire chez les enfants très jeunes, qui sont plus accessibles à l'infection et qui sont du reste nourris au lait, ne peut être contestée; elle l'a été par contre pour les enfants plus âgés et pour les adultes; Marin Ronseff a cru cependant pouvoir établir dans 5 cas pour une série de 800 phtisiques adultes que la tuberculose avait débuté par l'intestin; il est certain que chez eux, presque toujours la tuberculose intestinale est secondaire.

Il est intéressant d'examiner ici dans quelle proportion les phtisiques adultes présentent des lésions de tuberculose intestinale; Eisenhardt en a trouvé sur un nombre de 1000 autopsies 56.3 p. c., Frerichs 82.8 p. c. sur 250 autopsies, Haman 62.9 p. c. sur 830 autopsies, Marin Ronseff 46.25 p. c. seulement sur 800 autopsies.

Par contre, le prof. Weigert aurait constaté de la tuberculose intestinale chez 90 p. c. des phtisiques soumis à l'autopsie, et sur 58 sujets autopsiés par Herxheimer un seul en aurait été trouvé exempt : ce qui donne un pourcentage de 98.

Ces chiffres démontrent en tout cas l'extraordinaire fréquence de la tuberculose intestinale en général et de la tuberculose intestinale comme complication de la tuberculose pulmonaire en particulier.

3° Il y a lieu de se demander si la tuberculose de l'intestin ne peut survenir par un autre mécanisme encore, à savoir comme phénomène d'une infection tuberculeuse généralisée, les bacilles étant apportés dans les parois intestinales par la voie sanguine ou lymphatique. On est autorisé à considérer comme tels ceux où l'affection coexiste avec des lésions tuberculeuses généralisées à toute l'économie sans tuberculose pulmonaire concomitante; ces cas sont extrêmement rares : 3 cas sur 567 (Eisenhardt), 2 cas sur 208 (Frerichs).

La tuberculose intestinale est ainsi presque invariablement sous la dépendance directe de la tuberculose pulmonaire, et l'on comprend par là que, si cette lésion arrive d'une façon ou de l'autre à la guérison, la tuberculose intestinale s'améliorera parallèlement ou se guérira; cette considération a de l'importance pour établir l'utilité des interventions chirurgicales dirigées contre les lésions tuberculeuses de l'intestin.

Siège des lésions. La tuberculose n'envahit pas uniformément tout le tube intestinal, mais affectionne de préférence certains endroits, notamment le voisinage de la valvule iléo-cœcale : dernière portion de l'iléon et cœcum; Penwick et Dodwell ont trouvé cette région envahie dans 85 p. c. des cas de tuberculose intestinale et 1 fois sur 10 à l'exclusion d'autres régions.

Les causes de cette localisation sont faciles à découvrir : dans l'œsophage, le contact des aliments avec les parois n'est que momentané;

dans l'estomac, le suc gastrique, pour peu qu'il ait le temps d'agir, détruit les bacilles de la tuberculose, sinon les spores; c'est ainsi que la tuberculose de l'estomac est excessivement rare : 1 cas seulement sur 567 de tuberculose intestinale, d'après Eisenhardt.

Le duodénum doit son immunité presque absolue à la même cause que l'estomac, tandis que, dans la plus grande partie de l'intestin grêle, elle résulte de la progression rapide du chyle.

Les conditions sont tout autres au voisinage de la valvule iléo-cœcale: les matières doivent vaincre d'abord la résistance, faible il est vrai, de la valvule, puis brusquement changer de direction, et, bien qu'ayant acquis un poids spécifique plus considérable, remonter verticalement le colon ascendant.

Il n'est pas étonnant que l'impasse ou le cul de sac cœcal, se trouvant à un endroit où la circulation fécale rencontre déjà tant d'obstacles, devienne facilement le siège de coprostase, avec des conséquences fâcheuses pour l'intégrité de la muqueuse.

Ajoutons à cela que le cœcum est singulièrement prédisposé à l'inflammation, grâce à sa richesse vasculaire, à la disposition même de ses vaisseaux, au nombre de ses follicules, grâce encore au fait que c'est un organe en état d'involution.

Il n'est pas moins vrai que, localisées dans le principe aux endroits indiqués, les lésions ne tardent pas à se disséminer dans l'intestin, principalement au niveau des plaques de Peyer et des follicules solitaires; des ulcérations se produisent, d'abord petites et arrondies, qui s'étendent en surface et en profondeur, grâce à l'éruption non discontinue de tubercules dans leurs parois.

A la longue, l'affection se termine soit par la guérison avec ou sans rétrécissement, soit par perforation, soit enfin par la mort à la suite de la généralisation du processus.

La guérison des ulcères tuberculeux de l'intestin est très rare : Eisenhardt, sur les 567 cas dont il a été fait mention déjà, a trouvé quelques ulcères complètement cicatrisés 10 fois seulement et dans 25 autres fois des ulcères en voie de cicatrisation.

Les phénomènes de sténose sont très rarement observés à la suite de la tuberculose intestinale, précisément à cause de la rareté du processus de cicatrisation, et, même quand ils se produisent, ils résultent moins de la présence d'un rétrécissement que de la faiblesse de la musculature intestinale et de l'organisme en général ; l'iléus en particulier est tout à fait exceptionnel.

Quant à la perforation, elle se constate surtout au niveau du cœcum, de l'appendice ou de la terminaison de l'iléon, comme il fallait s'y attendre; elle se produit avec une fréquence de 5 à 10 p. c. selon les

auteurs ; rarement elle a lieu dans la cavité péritonéale, mais, à la suite d'adhérences, soit dans une anse voisine, soit dans un autre organe ou dans le tissu cellulaire.

Symptômes de la tuberculose intestinale. Dans le principe, il n'y a rien de carastéristique ; ce sont les signes d'un simple catarrhe intestinal ; notamment une *diarrhée*, avec *lientérie* ; à mesure que les lésions s'aggravent, les évacuations prennent *une couleur spéciale brun-noirâtre*, offrant de l'analogie avec les matières vomies « marc de café » des cancers de l'estomac ; selon Girode, cet aspect résulte du mélange incessant de sang avec le contenu intestinal qui se fait au niveau des ulcérations.

Lorsque les selles renferment du sang peu modifié dans son aspect et des mucosités, il faut conclure que les lésions siègent dans les parties inférieures de l'intestin.

L'irrégularité des selles est dans tous les cas le phénomène dominant la symptomatologie essentiellement variable de la tuberculose intestinale.

La diarrhée est le symptôme le plus fréquent et le plus saillant : c'est une diarrhée de long cours, selon l'expression très juste des auteurs français ; le nombre des évacuations journalières varie, tantôt il augmente à mesure que la maladie devient plus ancienne, tantôt il reste très peu élevé : il n'y a qu'une évacuation journalière, mais les matières sont invariablement de faible consistance, liquides.

La constipation est beaucoup plus rarement observée que la diarrhée ; par contre, on note assez souvent des alternatives de diarrhée et de constipation.

Un autre symptôme important et assez fréquent, est la *douleur éprouvée au moment des évacuations* ; les douleurs spontanées sont rarement observées.

Le ventre lui-même apparaît ou légèrement déprimé ou normal, mais le plus souvent modérément tympanisé.

Enfin, il y a de *la perte des forces.*

La forme de tuberculose décrite dans cet article appartient exclusivement à la médecine et ne comporte d'autre *traitement* que celui de la tuberculose en général, conjointement avec une médication et un régime destinés à combattre la diarrhée et éventuellement à provoquer la réparation des ulcères. L.

DE LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE D'ORIGINE ALIMENTAIRE.

Il n'est plus à démontrer que la contagion est la cause incomparablement la plus fréquente de la tuberculose ; aussi s'attache-t-on

particulièrement maintenant à la prophylaxie de cette affection.

Au Congrès actuel pour l'étude de la tuberculose, le prof. Lang a traité un sujet qui a précisément rapport au sujet traité dans le précédent article.

Nous avons dit qu'une partie des tuberculoses de l'intestin spécialement chez les enfants reconnaissent pour cause la présence de bacilles de Koch dans les matières alimentaires, la viande, et notamment le lait.

Pour la *viande*, comme a dit le prof. Lang, on a autrefois exagéré ce danger. La viande, on le sait, est bien rarement le siège de la tuberculose, et dans les glandes lymphatiques, qui se trouvent dans la viande, il est fort rare de trouver des tubercules, si la tuberculose n'est pas généralisée. Aussi ce n'est que dans ce dernier cas que le sang contiendra des bacilles de la tuberculose. Dans la grande majorité des cas, dans lesquels la tuberculose a un caractère local, il n'y a aucune raison de croire que la viande ou les glandes lymphatiques contiendraient des bacilles. Il est vrai qu'il faut admettre la possibilité que peu de temps avant l'abattage une invasion de bacilles dans le courant du sang aurait pu avoir lieu de quelque foyer local, et qu'ainsi le sang retenu dans les muscles pourrait contenir du virus, mais la probabilité que cela se ferait est très petite, surtout dans les cas nombreux de tuberculose légère.

De là, le système allemand de borner en général la saisie totale à la tuberculose généralisée, de livrer les cas légers à la libre consommation après avoir éloigné les organes malades, et de permettre la vente sous certaines précautions des cas plus avancés, semble digne de recommandation.

Toutefois, nous avons rapporté plus haut le résultat des expériences qui montrent qu'on peut retirer des muscles des principes infectieux; aussi se montre-t-on de plus en plus disposé à rejeter tout à fait de la consommation les animaux tuberculeux, ou bien, comme en plusieurs endroits en Belgique, on a stérilisé les viandes de cette origine à haute température.

Quoi qu'il en soit, le danger attaché au *lait* est bien plus grand que celui attaché à la viande parce que bien plus souvent que la viande le lait est pris en état cru et qu'il forme la nourriture essentielle pendant l'enfance, âge où le danger de l'infection par le canal digestif semble être beaucoup plus grand que dans l'âge adulte.

Quelle est la source de l'infection du lait?

D'abord, il faut surtout incriminer les dépôts tuberculeux qui se trouvent dans l'organe même où se forme le lait.

Nous savons que le lait sécrété d'une *mamelle tuberculeuse* contient une grande quantité de bacilles de la tuberculose.

Quelle est donc la fréquence de la tuberculose de la mamelle ? Il est encore difficile de se prononcer sur ce point d'une façon décisive ; en Saxe, dans les années 1888-96, on l'a trouvé dans 1, 2, 3 p. c. de tous les animaux tuberculeux abattus et, en 1888-89, dans tout l'empire allemand, dans 1.62 p. c.

A Copenhague la tuberculose de la mamelle semble se rencontrer un peu moins fréquemment. Dans les années 1888-92 on n'a trouvé dans l'abattoir public que 16 cas de tuberculose de la mamelle entre 301,668 bœufs abattus dont 1.2 p. c. étaient tuberculeux. D'après ces chiffres, la tuberculose mammaire ne paraîtrait que chez 0.3 p. c. des animaux tuberculeux abattus mais, du reste, cette statistique n'a pas grande valeur, parce qu'on ne sait pas combien des bovidés étaient des vaches. De plus, il est très vraisemblable que dans tous les abattoirs on laisse échapper une grande quantité de cas légers de tuberculose mammaire.

Nocard a prétendu que dans tous les cas où le lait renfermait des bacilles, il existait des lésions spécifiques de la mamelle.

Cette assertion est-elle fondée ? Il est certain que nous trouvons quelquefois des bacilles de la tuberculose dans le lait, sans que nous puissions démontrer cliniquement des altérations dans la mamelle et quelquefois même sans qu'à l'œil nu on puisse démontrer rien de maladif dans la mamelle.

Le prof. Lang a fait quelques recherches, d'où il est résulté qu'en injectant du lait de 63 vaches extrêmement tuberculeuses à des cobayes et des lapins, dans 9 cas, soit 14 p. c., il a pu produire la tuberculose. Dans tous les cas la mamelle était cliniquement saine, mais dans quelques-uns il a pu démontrer, à la section, des tout petits nodules dans les glandes, dans les autres, au contraire, il n'a rien trouvé. Mais dans tous les cas les vaches étaient atteintes de tuberculose à un extrême degré, quelquefois de tuberculose miliaire. Quant au lait des vaches atteintes d'une tuberculose localisée, sans altération de la mamelle, il est pratiquement inoffensif.

M. Eber, cependant, a dirigé l'attention sur le fait qu'il pourra facilement arriver que du lait sécrété d'une mamelle saine soit infecté de bacilles de la tuberculose dans l'étable. Au trayage le lait est facilement souillé de particules de fumier et, lorsqu'on se souvient que le bétail avale la plus grande partie de ses crachats, on comprend que le fumier des bovidés, souffrants d'une tuberculose pulmonaire, contiendra sans doute souvent de tels bacilles, et le nombre de ceux-ci sera encore bien plus grand, s'il se trouve des ulcères tuberculeux dans les intestins.

Il y a là une source d'infection du lait d'une grande importance ; il

faudrait peut-être expliquer ainsi la fréquence avec laquelle le lait répand la contagion d'autant qu'il est difficile de comprendre cette fréquence en considérant la tuberculose de la mamelle ou la tuberculose généralisée fort avancée, comme la seule source d'un lait tuberculeux.

Pour éviter autant que possible le danger cité ici, il faut tenir l'étable et les vaches elles-mêmes aussi propres que possible et placer les grands seaux hors de l'étable pour qu'ils ne soient pas infectés de particules de fumier sous forme de poussière venant de l'air. Puis il ne faut jamais garder des animaux fort tuberculeux dans l'étable ; non seulement les autres animaux sont en grand danger d'être contaminés, mais le lait aussi est en danger d'être infecté.

Le danger menaçant l'homme par le lait peut facilement être évité quand on le cuit, et dans le cas des petits enfants ceci est sans doute la règle générale.

Mais il y a toujours bien des personnes qui ont une grande aversion contre le lait cuit, et par égard pour elles on peut recommander de vendre du lait hautement pasteurisé.

Par un court chauffage à 85° C. les bacilles de la tuberculose sont tués, et si immédiatement après le lait est fortement refroidi, il n'aura pas de goût cuit.

Il est donc assez commun de se préserver contre la contagion par le lait en le faisant cuire ; mais de telles précautions sont moins souvent prises, quand il s'agit du *beurre*. Quand la crême est séparée par la centrifugation, elle est sans doute délivrée de la majorité des bacilles de la tuberculose qui pourront s'y trouver, mais quelques-uns y restent, et dans ces dernières années il a été démontré, de plusieurs côtés, que le beurre peut contenir des bacilles de la tuberculose.

Heureusement il a été mis en évidence qu'on peut produire un beurre excellent d'une crême chauffée jusqu'à 85° C.

Il est cependant évident que la meilleure chose qu'on a à faire pour empêcher l'infection de l'homme par le bétail, c'est d'exterminer la tuberculose du bétail. Mais il est certain que la chose sera fort difficile même en dépit des ressources que procurent les injections de tuberculine pratiquées en vue du diagnostic. L.

DE LA TUBERCULOSE PÉRITONÉALE.

Nous avons consacré, il y a quelque temps, une étude au traitement, si remarquablement et si étrangement favorable, de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie ; nous empruntons à une leçon clinique du prof. Duplay quelques notions sur l'étiologie et le diagnostic de cette affection.

Habituellement, le point de départ de la péritonite tuberculeuse siège dans un viscère abdominal. Chez la femme, l'organe primitivement atteint sera fréquemment *l'ovaire*, *la trompe* ou *l'utérus*. Dans certains cas, c'est *le foie* ou *le rein* qui a pu donner naissance à l'infection tuberculeuse du péritoine. Mais c'est surtout *l'intestin* qui a été incriminé au sujet de la pathogénie de la péritonite tuberculeuse, et l'on a soutenu que, dans la plupart des cas, celle-ci était due à une propagation des lésions intestinales, les bacilles de Koch traversant les parois de l'intestin, en suivant le plus souvent les voies lymphatiques, pour se disséminer ensuite dans la cavité péritonéale. Bien qu'elle ait été niée par quelques auteurs, cette pathogénie est certainement fréquente.

La *tuberculose pleuro-pulmonaire* est très souvent aussi le point de départ de l'infection péritonéale, grâce aux importantes communications lymphatiques qui relient la plèvre au péritoine, à travers le diaphragme.

Pour arriver au diagnostic, il y a lieu de tenir compte que l'augmentation de volume du ventre a fait son apparition sans cause apparente et d'une manière pour ainsi dire insidieuse, que l'épanchement, quand il existe, subit des variations très appréciables de volume, qu'on trouve, au palper du ventre, une résistance particulière, par ci par là comme des plaques indurées, et une sensation d'épaisissement au niveau des anses intestinales distendues.

Pour compléter le diagnostic, on ajoutera aux signes précédents la notion du terrain sur lequel l'affection s'est développée: par exexemple, on se trouvera en présence de sujets jeunes, pâles et amaigris, accusant des sueurs nocturnes ; ayant eu une pleurésie ou bien atteints d'une bronchite suspecte ou enfin, présentant au niveau des sommets des deux poumons, des signes presque certains de tuberculose au début.

D'autres fois, il existera ou il aura existé des troubles digestifs assez accentués et notamment de la diarrhée alternant avec de la constipation, ou bien des signes d'ulcération intestinale.

Le diagnostic de la péritonite tuberculeuse n'est cependant pas toujours facile.

A ce point de vue, il importe d'établir une distinction entre les différentes formes de la maladie, suivant que celle-ci est *circonscrite* ou *généralisée*.

C'est surtout la *forme circonscrite* qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, car elle peut simuler toutes les variétés si nombreuses de tumeurs abdominales, principalement lorsqu'il s'agit d'une femme.

La *forme diffuse* ou *généralisée* peut également être confondue

avec d'autres affections, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'ascite plus ou moins abondante. Il faut alors faire le diagnostic différentiel de la péritonite tuberculeuse avec toutes les variétés d'ascite, symptomatiques de lésions du foie, du rein, du cœur, etc. C'est dans ces cas difficiles qu'on trouvera des renseignements importants — après l'examen de tous les organes — dans les antécédents du malade et surtout dans l'état de ses poumons. Presque toujours on constatera des signes de tuberculose pulmonaire ou bien on pourra, tout au moins, reconnaître une prédisposition de terrain. Cependant, il ne faut pas oublier que la tuberculose péritonéale est parfois la première manifestation locale de l'infection par le bacille de Koch.

Les signes locaux de la péritonite tuberculeuse varient eux-mêmes beaucoup, si bien qu'on a distingué plusieurs formes.

La première est la *forme ascitique*, dans laquelle l'abdomen contient un épanchement plus ou moins considérable — constitué par un liquide généralement séreux, de couleur jaune-citrin, ou parfois séro-purulent, ou même quelquefois sanguinolent — sans fausses membranes cloisonnant la cavité péritonéale.

Le péritoine pariétal et viscéral, injecté, dépoli, parfois revêtu de dépôts fibrineux, présente un semis de granulations grisâtres ou jaunâtres.

Dans une seconde forme, *ulcéreuse* ou *fibro-caséeuse*, l'affection est caractérisée par une production abondante de fausses membranes épaisses, formant des bosselures plus ou moins volumineuses et même de véritables tumeurs ; le grand épiploon et les autres replis péritonéaux sont considérablement épaissis et des adhérences nombreuses existent, d'une part, entre le péritoine pariétal et les différentes parties du péritoine viscéral, et, d'autre part, entre les viscères voisins, circonscrivant des loges remplies de liquide séreux ou purulent, de masses caséeuses plus ou moins ramollies. C'est dans cette forme qu'il se produit parfois, par ulcération des tuniques intestinales, des perforations de l'intestin, qui donnent naissance à des abcès stercoraux s'ouvrant au dehors ou dans les organes voisins.

Enfin, il est une troisième forme de péritonite tuberculeuse, dite *fibreuse* ou *sèche*, dans laquelle il n'y a pas de liquide et qui est caractérisée essentiellement par la prédominance des exsudats inflammatoires adhésifs, dont la transformation fibreuse tend à provoquer la régression des tubercules autour desquels ils se sont développés.

Indépendamment de ces trois variétés, qui sont des formes plus ou moins généralisées, il existe des formes tout à fait circonscrites qui sont, plus encore que les formes généralisées, parfaitement justiciables de l'intervention chirurgicale.

Nous rappelons que c'est dans la forme ascitique que la laparotomie donne les meilleurs résultats, avec un chiffre de guérisons qui atteint 75.5 p. c. ; la forme fibreuse, un peu moins favorable, a donné 65 p. c. de guérisons, et enfin la forme ulcéreuse ou fibro-caséeuse vient en dernière ligne avec une proportion de 60 p. c. de cas suivis de guérison.

Il ne s'agit pas ici de la mortalité opératoire, qui est à peu près nulle (3 p. c. à peine) mais de la proportion des guérisons définitives ; les résultats indiqués plus haut et empruntés à la statistique de Roersch, ont été sans cesse s'améliorant, et la guérison définitive a pu être constatée indiscutablement un très grand nombre de fois, soit dans des autopsies faites à la suite de morts accidentelles, soit au cours de laparotomies ultérieures pratiquées pour une autre affection, plusieurs années après l'intervention dirigée contre la péritonite tuberculeuse. L.

DE LA LAPAROTOMIE DANS LES AFFECTIONS NON CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN.

L'action remarquable de l'incision du ventre, autrement dit de la laparotomie exploratrice, dans un grand nombre de maladies de la cavité abdominale ; affections inflammatoires, néoplasmes inopérables, douleurs ou troubles fonctionnels en apparence *sine matéria*, ne doit plus être établie ; nous l'avons déjà signalée et, si nous revenons sur ce sujet à l'occasion d'une communication du d^r Treves à la Société médicale de Londres, c'est parce que nous estimons que cette ressource n'est pas assez fréquemment mise à profit ; il n'y a pas cependant de meilleur stimulant pour entrer dans cette voie que les résultats fournis par la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

Parmi les observations rapportées par le d^r Treves, nous prenons les plus remarquables.

Dans l'une, il a eu l'occasion d'intervenir chez un homme encore jeune qui était atteint de pérityphlite chronique d'origine probablement tuberculeuse. Le malade se trouvait dans un état de cachexie extrême et l'opération n'a été faite que pour céder au désir du malade dont la mort ne paraissait être qu'une question de jours. La laparotomie montra la fosse iliaque droite remplie d'adhérences qui englobaient des anses intestinales à tel point qu'il ne fallait pas songer à aller chercher l'appendice ; le péritoine voisin était couvert de tubercules et de masses tuberculeuses. On se contenta donc de fermer simplement le ventre. Contre toute attente le malade guérit et cela d'une façon définitive, si bien que quelques mois plus tard il pouvait reprendre ses occupations de commis de magasin.

Dans un autre cas il s'agissait d'une fillette de 15 ans qui, au cours de la convalescence d'une pérityphlite, fut prise de symptômes de pyléphlébite suppurée. Pour apporter quelque soulagement à la malade, Treves fit la laparotomie, trouva le foie farci d'abcès et déclara que la malade ne pouvait tarder à succomber. Contre toute attente, elle guérit, se rétablit et aujourd'hui se porte aussi bien que possible.

Dans un troisième cas où l'on avait porté le diagnostic de cancer du pylore, la laparotomie montra l'existence de lésions tellement avancées que, vu l'état d'affaiblissement du malade, on ne crut même pas pouvoir faire la gastro-entérostomie. On se contenta donc de fermer le ventre, et ici encore on assista après l'opération à la disparition progressive de tous les symptômes et de la tumeur. Le malade guérit et a pu rependre au bout de quelque temps ses occupations.

Deux fois, Treves a eu l'occasion d'intervenir chez des femmes qui, à des intervalles irréguliers, présentaient tous les symptômes d'appendicite aiguë avec douleurs intolérables dans l'abdomen. Ces malades étaient confinées au lit, arrivées à un état de cachexie extrême. Pourtant l'examen montrait que leur ventre était souple, que dans les fosses iliaques il n'y avait rien d'anormal et que la douleur intolérable dont elles se plaignaient était une hyperesthésie cutanée. Mais, lorsque tous les traitements furent épuisés sans succès, Treves fit la laparotomie et trouva dans les deux cas une cavité abdominale et des viscères absolument normaux. Chez les deux il enleva pourtant l'appendice dont l'examen histologique montra un état d'intégrité parfaite. Les deux malades furent définitivement débarrassées de leur pseudo-appendicite.

On est encore amené quelquefois à faire la laparotomie dans des cas qu'on peut désigner sous le nom d'hypochondrie intestinale. Les malades ont ordinairement de la colite avec constipation rebelle qui les occupe à tel point que leur état mental en souffre. Quand tout a échoué, on fait, en désespoir de cause, la laparotomie et on trouve tantôt une anse oméga énorme remplissant presque tout l'abdomen, tantôt un côlon transverse allongé en forme de V dont la pointe descend jusque dans le petit bassin. Dans certains cas le micro-côlon est épaissi, opaque, atteint de péritonite déformante ; dans d'autres encore le micro-côlon est surchargé de graisse et ceci sans qu'il s'agisse d'individus corpulents ni qu'il y ait de graisse dans le péritoine.

Une complication qu'on observe en pareil cas est une cellulite pelvienne qui se présente à la suite d'une poussée aiguë ou même au cours de cette colite et qui revêt la forme d'une carcinomatose diffuse

du bassin. Dans deux cas observés par Treves, c'est ce diagnostic qui fut porté, et on n'intervint pas parce qu'on crut la situation trop compromise. Or ces deux malades guérirent spontanément et la tumeur diffuse qu'on sentait dans l'abdomen se dissipa peu à peu.

Certaines dilatations idiopathiques de divers segments du tube digestif peuvent commander l'intervention surtout quand le tableau clinique est celui d'une péritonite.

Treves a encore eu l'occasion d'intervenir chez une fille de 17 ans atteinte *depuis sa naissance* d'ictère avec acholie complète des selles. L'opération montra que le canal cystique libre s'abouchait avec le canal hépatique, mais que le cholédoque se terminait en cul-de-sac près de l'ampoule de Vater. Une cholécystentérostomie mit fin à l'ictère.

Dans deux autres cas où les symptômes présentés par les malades étaient ceux d'une tumeur inflammatoire du foie, Treves trouva que la tumeur était formée par le lobule de Riedel qui descendait jusqu'à la crête iliaque ; dans un de ces cas il existait encore des adhérences qui avaient soudé le foie, le rein et le gros intestin. L.

HYDROTHÉRAPIE DANS LA PHTISIE PULMONAIRE.

L'hydrothérapie, ce modificateur puissant de la nutrition générale, est dans la pratique, à raison de certains préjugés, à peu près complètement proscrite de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, que l'on veut aujourd'hui reconstituante avant tout ; cependant, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire, elle pourrait rendre des services considérables.

C'est ce que le d^r Max Stern s'est appliqué à démontrer dans un article de *Therap. Monatshefte*, analysé dans le *Bulletin médical*.

Il rappelle en commençant que le d^r Dettweiler a déclaré, il y a plus de dix ans, que tout phtisique est malade, non seulement par le poumon, mais encore par la peau ; de fait, on est forcé de reconnaître que la peau des phtisiques, toujours soigneusement protégée par d'épais vêtements contre tout refroidissement, sans cesse couverte de sueur, et souvent de sueurs profuses, déshabituée des excitations habituelles des vaisseaux cutanés (exercices physiques, air, eau froide...), est dans un état constant de torpeur et d'atonie ; or, tout le monde connaît l'influence énorme exercée par les réflexes à point de départ cutané sur le bon fonctionnement des organes internes et sur les processus intimes de la nutrition.

On ne peut donc pas se désintéresser du rôle que doit jouer l'hygiène cutanée dans le traitement de la tuberculose ; la nécessité d'une

aération continue et d'une bonne nourriture n'est pas contestée; c'est la base même du traitement; ce n'est pas une raison pour négliger l'emploi méthodique de l'eau.

Le but poursuivi en premier lieu par l'emploi de l'eau dans la tuberculose pulmonaire, sera d'*assurer la propreté du corps*, d'une manière méticuleuse; on ne saurait trop y insister : il ne suffit pas, comme on le prétend parfois, de changer tous les jours, le linge de corps; il faut recourir à des *bains tièdes* fréquents, donnés tous les deux jours à la température de 35°, pendant 30 à 40 minutes. Pour provoquer l'hyperémie active de la peau et la réaction nécessaire, on doit *faire suivre le bain d'une courte ablution à l'eau froide*, sécher le malade avec des linges chauds et le faire rester ensuite dans une chambre chaude, sinon on l'expose à un refroidissement.

Ainsi donnés, les bains tièdes n'ont pas seulement pour résultat de nettoyer la peau; ils exercent une stimulation sur le système nerveux, activent les échanges et augmentent notablement l'appétit; de plus, ils diminuent la toux et l'expectoration; cette influence salutaire directe sur l'état pulmonaire paraît, du reste, assez peu connue des praticiens.

Dans certains cas, notamment *dans les poussées catarrhales aiguës*, il est préférable de recourir à des *bains très chauds* (37 à 42°) *suivis d'une ablution froide* pendant une à deux minutes, puis d'une friction vigoureuse.

En second lieu, il faut poursuivre par l'emploi de l'eau l'*action stimulante sur le système nerveux*.

1° Chez les *malades encore assez vigoureux*, elle sera obtenue par *la méthode suédoise*, qui consiste à frotter la surface du corps avec une brosse rude jusqu'à rougeur généralisée, puis à verser d'un coup, sur la nuque, un broc d'eau froide. On essuie ensuite soigneusement avec une serviette de toile grossière.

2° Lorsqu'on est en présence de *sujets résistants*, il ne faut pas craindre *les douches froides*; elles ont une merveilleuse action tonique, facilitent l'expectoration, endurcissent le malade au froid et exercent une influence salutaire sur la musculature des petits vaisseaux de la peau. Ces douches doivent être de très courte durée; on doit immédiatement après sécher le malade très rapidement dans un drap et le frictionner vigoureusement, sans lui demander d'efforts personnels et sans lui laisser la possibilité de se refroidir, puis on exige de lui un léger exercice.

Chez des malades très vigoureux, à expectoration abondante, on retire de bons effets de douches assez prolongées à 20 ou 22°, suivies d'une douche très courte et très froide (5°).

3° Quand *les sujets sont peu résistants*, on ne peut avoir recours aux douches, on emploiera le *drap mouillé* de la manière suivante : un drap de lit est plongé dans l'eau froide et tenu en l'air de telle sorte qu'une petite portion traîne par terre ; le malade sort du lit et se place sur cette portion du drap, en tournant le dos au doucheur, qui l'enveloppe immédiatement avec le drap et le lui applique intimement sur le corps en le frottant vigoureusement. Aussitôt après on entoure le malade d'un drap sec, on l'essuie et on le frictionne, puis on le le laisse un quart d'heure se reposer au lit.

4° Mais pour des *malades affaiblis*, ce procédé est encore trop énergique, surtout quand il y a de la fièvre. Il faut se contenter alors de *lotions froides*, faites au lit successivement sur tous les points du corps, avec une serviette de toile plongée dans l'eau froide ; l'éponge doit être repoussée parce qu'elle ne permet pas de frotter suffisamment et qu'elle expose, par suite, à une réaction insuffisante. Il faut sécher immédiatement les régions lotionnées. Il est avantageux de *commencer ces lotions avec de l'alcool au lieu d'eau* ; c'est même un des meilleurs moyens de lutter contre les sueurs nocturnes ; au sanatorium de Hohenhonnef, on fait ainsi aux malades, chaque matin, une friction sur tout le corps avec de l'alcool camphré.

Il ne faut pas oublier de signaler le procédé si répandu et si utile des *enveloppements froids du thorax* ; il diminue le catarrhe et calme la toux ; on l'emploie aussi couramment dans la pleurésie sèche.

Quand l'appétit est complètement perdu, que l'estomac est atone, on obtient de bons effets en appliquant au niveau de l'estomac, par dessus une compresse froide, un tube de caoutchouc roulé en spirale, au travers duquel on fait passer de l'eau à 50 à 70°. Mais en général on n'a pas besoin de recourir à ce moyen, si on emploie journellement les bains chauds, les frictions à la brosse suivies d'ablution froide, le drap mouillé ou les douches. L.

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES.

Le traitement médical suffit fréquemment contre les accidents provoqués par les hémorrhoïdes, ou du moins les malades n'en acceptent pas d'autre.

Ce traitement est essentiellement *local* et son succès dépend presque exclusivement du choix des topiques ; pour fixer ce choix, la *Presse médicale* a donné les indications suivantes :

Les *topiques antiseptiques* devront être proscrits d'une façon formelle, à moins qu'il ne s'agisse de surfaces hémorroïdaires très infectées, avec du sphacèle superficiel. Dans ces cas, on peut avoir recours

aux lotions avec de l'eau phéniquée à 5 p. c., mais sans laisser le topique phéniqué en contact avec les masses hémorrhoïdaires et les parties avoisinantes.

Sur les *hémorrhoïdes enflammées*, avec les douleurs si cruelles qui les caractérisent, il n'est guère de topique qui soit préférable aux *cataplasmes* faits aseptiquement *de fécule*. La douleur cède presque immédiatement, et le sentiment de tension qui obsède les malades disparaît en peu d'heures. Nombre de fois, le sommeil revient rapidement après l'application du cataplasme de fécule; très souvent aussi la tumeur diminue sensiblement de volume. Il est parfaitement inutile d'arroser le cataplasme de substances antiseptiques; il doit être mis à même sur les surfaces irritées; on le placera tiède de préférence et on le renouvellera deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, ou plus souvent, si les sécrétions étaient abondantes et fétides.

Ce cataplasme restera le meilleur topique, tant que l'inflammation des hémorrhoïdes sera marquée. Dans cette période, le malade est quelquefois très soulagé par un *grand bain*. Il faut cependant se défier de ce moyen, parce que le soulagement passager est souvent suivi d'une recrudescence de la poussée douloureuse. D'après Lucas-Championnière, cela est encore plus vrai des bains de siège, que l'on prescrit communément, et qui sont généralement plus nuisibles qu'utiles.

Lorsque l'inflammation est tombée, les topiques à appliquer sont des *topiques doux* et propres, plutôt que des topiques d'une valeur antiseptique sérieuse. L'*acide borique*, à cause de ses qualités de topique anodin, est ici tout indiqué. On enduira donc largement les hémorrhoïdes et les parties périphériques de l'anus avec la pommade suivante :

Vaseline pure	100 grammes.
Acide borique finement pulvérisé	20 grammes.

Pour une pommade sans addition d'alcool ni de glycérine.

L'application de cette pommade sera faite très largement, matin et soir, après un lavage à l'eau tiède simple ou rendue légèrement alcaline.

Si l'on veut donner à la pommade une qualité antiseptique un peu plus élevée et en même temps une odeur qui soit plutôt agréable, on y ajoutera une petite quantité de *baume du Pérou*.

Vaseline pure	100 grammes.
Acide borique finement pulvérisé	20 grammes.
Baume du Pérou	1 gramme.

Il est des cas où la vaseline est mal supportée par le malade; dans ces cas, elle sera remplacée par l'axonge.

Lorsque la période inflammatoire sera complètement passée, on remplacera les topiques doux par des *topiques astringents.*

Parmi ces topiques, on emploiera de préférence le classique *onguent populéum.* Mais, pour en retirer tout le bénéfice, on ne doit le prescrire que dans les cas où il n'existe plus trace d'inflammation des hémorrhoïdes elles-mêmes ou de la périphérie de l'anus. L'onguent populéum doit être employé en applications souvent répétées, mais avec discrétion, et surtout sur des hémorrhoïdes fluentes, gênantes, mais peu douloureuses. Dans ces cas, s'il ne les atrophie pas complètement, au moins les rend-il moins irritables, plus supportables et les affaisse-t-il un peu.

Un autre topique très vulgaire, qui rend de véritables services, est *la décoction de feuilles de noyer* légèrement concentrée, prescrite sous forme de petits lavements. Des malades, ayant pris de ces lavements pendant des mois, s'en sont définitivement bien trouvés.

Le traitement *général* consistera surtout à éviter la constipation, à l'aide de prises répétées de sulfate de soude de 10 grammes ou de pilules purgatives prises le soir avant de se coucher; à faire un usage prolongé de préparations d'hamamelis virginica: teinture, hamaméline, etc.; et à suivre une diététique appropriée à chaque cas particulier.

D'autre part, le *traitement chirurgical* des hémorrhoïdes a été exposé par le Dr Picqué dans la *Semaine médicale.*

Les cas sont nombreux où l'opération peut être conseillée. Il y a une tumeur hémorrhoïdaire, laquelle est gênante, ou douloureuse, ou source d'hémorragies répétées, pouvant amener une véritable cachexie. Des complications autres que l'hémorragie peuvent survenir, qui constituent autant de raisons d'opérer : telles les fissures, la rectite, l'étranglement hémorroïdaire, l'ulcération, l'infection, le sphacèle de la tumeur. On peut intervenir sans crainte, et même avec avantage, en pleine période inflammatoire.

L'opération décidée, quel procédé devra être mis en œuvre? La dilatation du sphincter ne figure plus que comme temps préliminaire de la cure radicale.

Il y a ensuite l'extirpation des paquets hémorrhoïdaires après ligature de leur pédicule ou leur section au thermo-cautère.

L'opération de Whitehead est surtout préconisée; le malade étant endormi, on pratique avec les doigts la dilatation forcée de l'anus, manœuvre qui rend le bourrelet hémorroïdaire très accessible. On le saisit avec quatre pinces, en des points diamétralement opposés; on incise circulairement à 5 millimètres en dehors de la ligne d'union de la muqueuse anale et de la peau, puis l'on décolle la muqueuse variqueuse de bas en haut. Le décollement, pratiqué avec le doigt ou la

pointe mousse de petits ciseaux courbes, doit remonter bien au-dessus du point où la muqueuse reprend son aspect normal. On attire alors au dehors le manchon que l'on vient de disséquer, on le résèque et on réunit finalement par des sutures la surface de section de la muqueuse rectale à la lèvre cutanée. L.

DES NÉVRALGIES FACIALES D'ORIGINE DENTAIRE.

Il y a des névralgies faciales idiopathiques, d'origine centrale ; il y en a d'autres qui, occasionnées primitivement par une lésion externe, persistent après la suppression de celle-ci, mais il y a beaucoup de prétendues névralgies faciales, longtemps et inutilement traitées comme telles, qui ne sont que des douleurs névralgiques d'origine dentaire.

Or, la cause n'est pas toujours apparente et bien localisée, le diagnostic n'est pas toujours aisé à établir ; cependant, dans maints cas restés obscurs et inguérissables, l'examen répété et attentif de l'appareil dentaire a fait découvrir l'origine du mal.

Le d[r] Rosenthal a exposé dans la *Policlinique* les différents états pathologiques qui peuvent ainsi donner lieu à des douleurs dites névralgiques.

Il y a d'abord les cas évidents, que l'on peut voir et toucher sans peine, et qui ne peuvent donner lieu à aucune confusion. Parmi ceux-ci, citons la carie banale au deuxième, troisième ou quatrième degré, des chicots branlants et irritants, un déchaussement de toutes les dents avec grande sensibilité du collet.

A part donc ces trois causes tangibles, il y en a d'autres, obscures, cachées.

Il est bon de connaître pour s'orienter l'innervation des organes dentaires.

Les ramifications nerveuses pénètrent dans les tissus dentaires par deux entrées distinctes ; par l'une, les filaments nerveux, qui viennent des nerfs dentaires, s'accolent aux vaisseaux sanguins de la pulpe au moment où ils passent l'apex des racines, se ramifient dans celle-ci, et vont y former un plexus fort serré sous la couche d'odontoblastes. Certains même prétendent que leurs filaments terminus se faufilent entre ces cellules et pénètrent dans les canalicules de la dentine, mais ce dernier point n'est pas encore prouvé.

L'autre porte de pénétration est la membrane alvéolo-dentaire, qui est innervée par des nerfs provenant soit du bord gingival, soit des parois osseuses de l'alvéole.

Comme ces deux parties constituantes de l'organe dentaire ont cha-

cune leur rôle physiologique, les manifestations pathologiques varieront donc selon que l'un ou l'autre groupe de nerfs sera atteint. Les nerfs de la pulpe ont plus particulièrement dans leurs fonctions sensitives le rôle de transmettre les changements thermiques. Si les phénomènes douloureux se manifestent principalement à la suite des variations brusques de température, il est à supposer que c'est dans la pulpe que l'on trouvera le point initial du mal.

Au contraire, la membrane alvéolo-dentaire transmettant surtout les sensations du toucher, si à la percussion ou à la mastication il y a sensibilité, c'est de ce côté que nous tournerons nos investigations.

Parmi les causes de névralgie, il faut signaler la calcification *sénile de la pulpe dentaire*, complète ou exagérée.

En effet, la pulpe, organe de calcification de la dentine, est volumineuse chez l'enfant, et au fur et à mesure qu'elle remplit ses fonctions d'organe sécréteur, elle dépose sur sa périphérie une couche de plus en plus épaisse de tissu dentigène. En sorte qu'elle diminue de volume pendant que la couche de dentine devient plus épaisse et, à un âge avancé, variable cependant, il peut se produire le fait, que certains filaments nerveux sont comprimés par les dernières couches de dentine sécrétée ; or, cette compression provoque des douleurs névralgiques intenses, surtout si le cas se reproduit dans plusieurs dents à la fois.

Voilà donc un exemple où extérieurement les organes dentaires ont les apparences de la santé, et où cependant une fonction physiologique, poussée à l'extrême, produit des phénomènes douloureux forts vifs qui peuvent retentir dans toute la tête.

Un autre genre de névralgie que l'on rencontre fréquemment chez les vieillards est celui dû à l'*usure des dents* par suite d'une attrition vigoureuse et vicieuse. Normalement, les dents molaires diminuent de longueur par l'usage.

Lorsque l'attrition est défectueuse, soit par suite d'une conformation anormale, soit par habitude, l'épaisseur des tissus durs protégeant la pulpe diminue promptement, l'émail est bientôt dépassé et la dentine est mise à découvert. L'irritation qui en résulte est transmise par les fibres de la dentine à la pulpe. Celle-ci sécrète une quantité de dentine plus considérable et l'organe est alors comprimé entre ses parois devenues trop petites pour le contenir. Cette compression produit alors les phénomènes douloureux dont nous avons parlé, et cependant, en dehors de cet applatissement des surfaces triturantes, rien ne vient signaler à l'aspect extérieur des dents l'état pathologique dans lequel se trouve la pulpe.

Lorsque l'usure est plus rapide que la sécrétion de la dentine, cer-

taines parties de la pulpe peuvent être mises à découvert et l'attrition ainsi que les changements brusques thermiques produisent une douleur excessivement vive. Ces cas de dénudation par attrition sont plus faciles à diagnostiquer que les précédents.

Chez les fumeurs de pipe en terre, il se produit quelquefois une usure des dents entre lesquelles la pipe est habituellement placée. Cette usure prend la forme exacte du tuyau de pipe ; comme celle-ci est logée entre quatre dents, deux de la mâchoire supérieure et deux à la mâchoire inférieure, chacune d'elles porte une échancrure d'un quart de cercle. Ici aussi la couche de dentine protectrice est diminuée eı la pulpe, excitée, produit souvent des douleurs nerveuses.

A tout âge peuvent également se produire de la compression par suite de sécrétion de dentine secondaire, de nodules, de calcifications. Ces phénomènes résultent, la plupart du temps, d'une carie lente et, à ce sujet, il est à remarquer combien la plus petite carie dentaire peut provoquer de douleurs violentes. C'est pourquoi, dans un cas douteux de névralgie faciale, l'examen de chaque dent doit être fait sur toutes ses faces avec la plus grande attention et tout point suspect doit être traité et soigné.

A signaler encore les traumatismes bénins en apparence : par exemple, il arrive par l'habitude qu'ont beaucoup de femmes de couper le fil avec les dents, qu'une dent soit fêlée dans le sens longitudinal, mais la fente est si ténue qu'il est impossible de la distinguer ; ou bien encore après un choc de peu de violence, l'apex est contusionné suffisamment pour que la nécrose de la pulpe en soit le résultat.

Les *dents non sorties* de leurs alvéoles, ce qui est plus frquenté qu'on ne suppose, peuvent encore causer des névralgies. C'est souvent la dent de sagesse qui, resserrée entre la deuxième grosse molaire et la branche montante du maxillaire inférieur, ou la tubérosité du maxillaire supérieur, provoque des douleurs névralgiques très vives. Souvent ni inflammation ni rougeur des gencives ne fait supposer la présence de la dent.

Depuis l'invention de la radiographie, on possède un moyen pratique de découvrir les dents qui sont enkystées dans la mâchoire; on peut de même découvrir par le même procédé celles qui sont entièrement calcifiées ou encore celles dont les pulpes sont nécrosées. Bien des cas obscurs pourront de la sorte être diagnostiqués d'une façon certaine et le traitement curatif être appliqué.

La membrane alvéolo-dentaire peut également subir telle tranformation qui donne naissance à des troubles nerveux.

La *présence du tartre* séreux peut échapper à un examen superfi-

ciel, s'il se trouve loger sous le bord libre de la gencive et recouvrir une bonne partie de la racine; il provoque de la sorte une double irritation, comme corps étranger sous une membrane aussi facilement excitable que la muqueuse buccale et par dénudation du cément qui est fort sensible à tout contact irritant. Une ou plusieurs dents peuvent être affectées de la sorte, et même dans les dents polyradiculaires, une des racines seulement est quelquefois atteinte.

Toute *dent isolée*, dont les voisines ont été enlevées, et toute dent dont l'antogoniste n'existe plus, c'est-à-dire qui porte à faux pendant la mastication, peut avoir son périoste hypertrophié. Les chocs que reçoivent les dents isolées ne sont pas contrebalancés par la pression en sens inverse des dents voisines; aussi, l'alvéole a-t-elle à subir des mouvements exagérés dans un sens et dans un autre, qui finissent par la tuméfier. Cette tuméfaction n'est pas toujours apparente, la percussion seule la révèle.

Faute d'antagoniste, une dent s'allonge, sort de son alvéole au point de toucher la gencive de la mâchoire opposée. La membrane alvéolo-dentaire s'irrite.

Dans bien des cas, le simple *déchaussement* d'une ou plusieurs dents peut être la cause initiale de douleurs névralgiques; de plus, il est le signe flagrant d'une maladie de la membrane alvéolo-dentaire.

Il se peut que les deux sources nerveuses étant atteintes, les symptômes tiennent à la fois de l'ordre thermique et de l'ordre tactile. Les dents sont sensibles au chaud, au froid et à la percussion. Cette sensibilité est souvent fort minime, et n'attire l'attention que lorsque l'on insiste dans ce sens; la répercussion s'irradiant au loin, le malade ne se rend nullement compte du point initial et prononce de suite le mot névralgie.

En résumé, les médecins auront soin, quand ils ont à soigner des névralgies faciales, même celles dont le siège semble devoir écarter *a priori* toute origine dentaire, de bien examiner l'appareil dentaire de leur malade. Chaque dent cariée doit être soignée, obturée ou extraite si la carie a fait trop de ravages et qu'on ne puisse la conserver; les dents d'apparence saine seront percutées avec soin verticalement et latéralement en dedans et en dehors. Un jet d'eau froide, puis chaude, sera lancé sur chacune d'elles, une fine sonde plongera entre chaque interstice afin de découvrir la plus petite carie. Ce n'est qu'après un examen long et minutieux que le praticien peut se convaincre qu'il ne se trouve pas en présence d'une névralgie d'origine dentaire.

L.

—

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES DU TRIJUMEAU.

Ce traitement est tellement ingrat qu'il n'y a pas lieu de s'étonner qu'il soit sans cesse l'objet de communications nouvelles dans les revues de médecine.

D'après la *Presse médicale*, le Dr Hirschkorn a surtout confiance dans l'application du *pinceau électrique ;* seulement l'application doit être faite selon certaines règles et combinée avec un traitement médicamenteux dont les analgésiques et les nervins forment la base.

Les règles d'application sont les suivantes : 1° appliquer le pinceau *solidement* contre la plaque douloureuse, car, dans le cas contraire, le malade éprouve une sensation de brûlure extrêmement douloureuse, qui oblige de retirer le pinceau ; 2° commencer toujours par le courant le plus faible, et n'en augmenter l'intensité (en tirant la bobine) que très lentement, mais toutefois de façon à arriver au courant maximum vers la fin de la séance, dont la durée ne doit pas dépasser cinq minutes. Les séances doivent être journalières.

Quant au traitement médicamenteux associé à la faradisation, il variera, suivant que l'on aura affaire à la forme légère, à la forme moyenne ou à la forme grave, mais en réalité, ce sont les *préparations salicylées et bromurées* qui en formeront la base.

Dans les cas légers, c'est à-dire dans les cas où les douleurs sont supportables, espacées, de courte durée, on fait prendre aux malades, deux ou trois fois par jour, un des paquets suivants :

Salicylate de soude } ââ 1 gramme.
Bromure de sodium }

S'il y a de l'insomnie, on peut encore faire prendre 1 gramme on 1 gr. 50 de chloral avant le coucher.

Dans les cas d'intensité moyenne, quand les douleurs sont très vives, fréquentes et persistantes, il est préférable de remplacer les paquets précédents par des cachets d'*antifébrine* de 25 centigrammes chacun, dont le malade prend trois ou quatre par jour. Dans d'autres cas, notamment dans ceux où l'antifébrine échoue, on obtient quelquefois de bons résultats par le traitement de Gussenbauer, qui consiste en ceci : tous les matins, le malade prend à jeun un verre à bordeaux d'eau purgative ; en second lieu, on lui fait prendre par jour 4 grammes de *bromure de potassium* incorporés dans une potion. Ce traitement doit être suivi pendant plusieurs mois.

Dans les cas graves, qui résistent même aux interventions chirurgicales, et qui, pour Hirschkorn, seraient de l'épilepsie larvée, on réussit quelquefois par la médication bromurée, conduite suivant les

mêmes règles que dans l'épilepsie franche. Mais, le plus souvent, on est conduit à avoir recours à la médication symptomatique. Le chloral, associé à la morphine, apporte quelque soulagement. Ce qui a jusqu'à présent le mieux réussi à l'auteur, c'est l'*acide salicylique*, *associé à l'extrait de cannabis*, formulé de la façon suivante :

Extrait de cannabis indica	50 centigrammes.
Acide salicylique	5 grammes.

pour 10 paquets. A prendre 2 ou 3 paquets par jour. L.

—

SUR L'IRRIGATION NASALE.

Le dr Raugé a cherché, dans le *Bulletin médical*, à laver la douche nasale, dite douche de Weber, des accusations qu'on a portées contre elle.

Il reconnaît qu'on abuse de ce traitement trop commode, qu'on l'emploie souvent à tort, ou bien sans discernement et sans mesure, qu'il ne faut pas y recourir sont mené contre toutes les blennorrhées nasales, sans s'informer de leur nature ou de leur origine, mais il ne se rallie pas à l'opinion exprimée récemment par le dr Lichtwitz que la douche nasale n'est pas seulement inutile et insuffisante dans bien des cas, mais peut devenir dangereuse, qu'elle compromet l'odorat produit des douleurs de tête, détermine des otites.

Le dr Raugé examine d'abord la question des *troubles de l'olfaction*.

Il est certainement exact, dit-il, qu'un très grand nombre de malades faisant usage de la douche nasale présentent une diminution variable, souvent même une perte absolue de la sensibilité olfactive. Mais il est convaincu, que le plus grand nombre d'entre eux ne doivent pas cette anosmie aux abus de l'irrigation ; et cela pour la bonne raison qu'ils n'avaient le plus souvent rien à perdre, attendu que la plupart de ces malades n'avaient déjà plus d'odorat quand ils ont commencé le traitement.

Cela, en tout cas, est certain pour les ozéneux vrais à lésions atrophiques, lesquels forment, nous le savons, la très grosse majorité des clients de la douche nasale, Il est une chose, en effet, dont l'auteur acquiert de plus en plus la certitude à mesure qu'il voit plus d'ozènes : c'est que l'ozène vrai s'accompagne *toujours* de l'abolition *complète* de l'odorat.

Il donne le conseil pratique de rechercher l'état de l'odorat avant de commencer le traitement, ne fût-ce que pour faire constater au malade l'existence de son anosmie — qu'il ignore le plus souvent parce qu'elle est unilatérale — et ce, pour l'empêcher d'attribuer plus

tard aux lavages ou à tout autre médication, une infirmité qu'il ne doit, en somme, qu'à la maladie elle-même.

Le d^r Lichtwitz reproche ensuite à la douche nasale de produire des *céphalalgies* très pénibles, et dont il attribue l'origine à l'introduction du liquide dans la cavité des sinus. Même il ne paraît pas très éloigné de croire que des sinusites chroniques peuvent résulter, à la longue, de ces irritations répétées.

Le d^r Raugé reconnaît que certains malades se plaignent effectivement, après l'irrigation, de céphalées désagréables, siégeant surtout vers le sinus frontal. Mais il n'a jamais attaché une très grande importance à ces douleurs habituellement très supportables, passagères presque toujours, et qui, sauf de très rares défections, n'empêchent pas les plus pusillanimes de continuer résolument leur traitement.

D'après lui, la douleur de tête ne se montre guère que chez les malades novices, dont l'inexpérience opératoire et la maladresse inévitable permettent au liquide du lavage de faire facilement fausse route et de s'engager dans les orifices des sinus. Ces accidents cesseront de se produire quand le malade, plus habile, aura appris à bien tenir sa tête, à placer correctement la canule, à demeurer surtout absolument passif et à éviter les contractions musculaires qui sont l'écueil et le danger de l'irrigation.

Au surplus, certaines précautions permettent d'atténuer beaucoup, sinon de réduire à néant, les phénomènes douloureux pendant et après le lavage :

D'abord la *température* du liquide. Elle doit être exactement réglée entre 34 et 37°, et cela au moyen du thermomètre, non en trempant, comme on le fait volontiers, le bout du doigt dans le mélange.

La *pression* doit être très faible : 60 à 80 centimètres de chute entre la narine et le fond du récipient ; elle doit surtout être régulière, pour éviter les à-coups et les chocs qui froissent la muqueuse nasale, provoquent des contractions intempestives du voile et des constricteurs du pharynx et projettent, à contre-temps, le liquide partout où il ne doit pas pénétrer. Comme apppareil à conseiller, se place de beaucoup en première ligne le classique siphon de Weber ou le simple récipient d'Esmarch. La seringue anglaise commune n'est pas non plus un mauvais instrument, si l'on a soin d'en user avec douceur et de ne pas presser la poire avec une ardeur exagérée. Quant à l'irrigateur à crémaillère, il est parfaitement détestable et dangereux, parce qu'on ne peut ni en modérer, ni en mesurer la pression.

Reste la *composition du mélange* : sa densité doit, avant tout,

quelles que soient les substances employées, se rapprocher autant qu'on peut de celle du sérum physiologique.

Le dr Raugé indique une substance qui supprime merveilleusement la douleur et qui semble, à ce point de vue, plus sympathique que toute autre à la muqueuse des fosses nasales : c'est le bicarbonate de soude. Sans qu'on puisse s'expliquer la cause de cette tolérance, il est certain qu'une grande cuillerée de ce sel, ajoutée à chaque litre de solution, agit comme un véritable anesthésique.

Dans les cas, d'ailleurs assez rares, où le passage du liquide reste difficile ou douloureux, on a toujours la ressource suprême de faire précéder l'irrigation d'un badigeonnage de cocaïne. Ce stratagème a pour effet, non seulement d'insensibiliser la muqueuse, mais de l'affaisser et de la réduire, de perméabiliser les cavités et de faciliter ainsi le passage et la circulation du liquide.

Le plus grave reproche qu'on a fait à la douche nasale, c'est de provoquer des *otites ;* or, le dr Raugé affirme qu'après avoir pratiqué des milliers de fois ce traitement, il n'a jamais observé d'accidents sérieux du côté de l'oreille.

Sans doute, malgré toutes les précautions, il est impossible d'éviter que quelques gouttes de liquide ne franchissent de temps en temps la trompe ; mais cet incident n'a d'autre conséquence qu'une douleur très passagère, quand le liquide égaré dans la caisse est de ceux que l'oreille tolère : telles sont les simples solutions alcalines. Mais il en est tout autrement lorsque l'irrigation contient une substance antipathique à la muqueuse tympanique. Le sel marin est de ce nombre : la plus petite quantité d'eau salée pénétrant dans l'oreille moyenne y produit une inflammation intense.

Il ne faut donc pas, comme on le fait si souvent, se servir d'eau salée pour la douche nasale.

Pour se mettre plus sûrement à l'abri d'accidents, il faut d'ailleurs examiner toujours les malades avant de prescrire une irrigation.

Si les voies sont largement ouvertes, et cela dans toute leur longueur, on peut se hasarder sans crainte : l'oreille ne court aucun risque. Existe-t-il, au contraire, un obstacle dû au gonflement de la muqueuse' à la présence d'une tumeur ou à celle d'une saillie osseuse, tout lavage est formellement contre-indiqué et il faut savoir s'en abstenir.

Quant aux différences de largeur entre les deux fosses nasales, il est fort important de les connaître, et l'on ne manquera jamais de s'en assurer exactement. Voici pourquoi :

Il est une règle formelle dans la pratique de l'irrigation nasale, c'est de faire toujours pénétrer le liquide par le côté le plus étroit. Ici, comme en bien d'autres choses, l'important et le difficile n'est

pas d'entrer, mais de sortir. Si l'on applique la canule à l'orifice de la fosse nasale la plus large, on produira fatalement un engorgement des cavités, dont il est aisé de prévoir les conséquences désastreuses : le liquide, entrant en abondance et ne pouvant s'écouler librement, s'accumule dans les fosses nasales et le pharynx, en raison de la disproportion entre l'apport et la dépense. Ne trouvant qu'une issue insuffisante par la choane ou la narine de sortie, le liquide tend à chercher une voie d'écoulement complémentaire : l'orifice des sinus et surtout l'embouchure des trompes.

C'est pour cette raison que le sujet ne sera pas livré à sa propre inspiration, au moins pour ses premiers débuts. Le médecin qui a prescrit l'irrigation a le devoir d'en surveiller l'exécution et surtout de fixer, dès le principe, dans quel sens elle doit être faite, par un examen rhinoscopique attentif.

Dans le cas où cette exploration ne serait pas suffisamment décisive, on trancherait la question en faisant, à titre d'épreuve, essayer l'irrigation dans les deux sens. Celui où elle passe le mieux, sera celui qu'on adoptera pour l'avenir.

Si le liquide circule également bien dans l'une et l'autre direction, à plus forte raison si l'examen a montré les deux fosses nasales parfaitement régulières et symétriques, le malade sera libre de choisir le côté qui lui plaira le mieux. Il pourra même, successivement, placer la canule à chaque narine ; mais cette alternance du courant n'est aucunement nécessaire, bien qu'elle permette peut-être un lavage un peu plus complet. L.

DE L'OREXINE DANS L'ANOREXIE.

L'orexine est une base fabriquée synthétiquement à l'aide des dérivés du goudron de houille.

Il y a quelques années déjà que le chlorhydrate d'orexine a été recommandé dans l'anorexie, mais son utilité est restée très discutée ; le Dr Kölbl a expérimenté à son tour l'orexine basique, laquelle se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, sans odeur ni saveur, insoluble dans l'eau bouillante.

D'après lui, l'orexine basique mériterait d'occuper le premier rang parmi les innombrables préparations qui ont été vantées pour combattre l'anorexie symptomatique dans un grand nombre d'états pathologiques. Il a donc essayé la valeur thérapeutique de ce médicament chez quarante sujets atteints d'affections fort diverses, mais qui, tous, étaient affligés d'une inappétence absolue ; parmi ces malades, il y avait : 9 filles chlorotiques, 17 tuberculeux (au début), 4 convalescents

(de pneumonie, de pleurésie et de grippe), 4 neurasthéniques, 6 dyspeptiques (avec gastrite chronique légère).

Dans tous les cas, l'auteur a administré l'orexine basique à la dose de 50 centigrammes pris en cachets, deux fois par jour, une heure avant de manger. Mais, pour que ce médicament puisse agir d'une manière efficace, Kölbl conseille de faire boire aux malades quelques gorgées d'eau pure. Quant au mode d'administration, il ne voit aucun inconvénient à prescrire ce remède sous la forme pilulaire, à raison de 10 centigrammes par pilule.

Pour ce qui est des résultats acquis par cette médication, Kölbl affirme n'avoir eu à enregistrer que deux échecs complets; il aurait même obtenu des succès durables chez 34 malades affligés d'une anorexie complète.

Bien que l'orexine basique soit absolument inoffensive quand on en fait un usage judicieux, l'auteur fait observer qu'elle est susceptible de provoquer des phénomènes d'intolérance, si elle était employée sans discernement : aussi en proscrit-il formellement l'usage dans l'ulcère simple de l'estomac, dans les inflammations aiguës de la muqueuse gastrique, ainsi que chez les personnes atteintes de la dyspepsie acide.

De son côté, le dr Bodenstein a administré le tannate d'orexine, qui se présente sous forme de poudre d'un blanc jaunâtre, à peu près sans saveur et sans odeur, insoluble dans l'eau, mais facilement soluble dans les acides étendus.

Il lui a donné, dit-il, les meilleurs résultats chez les enfants dans l'anorexie de la convalescence des maladies infectieuses (diphtérie, etc.). On peut, suivant l'âge, leur faire prendre, par jour, deux doses de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 incorporées dans des tablettes de chocolat.

Chez les adultes, c'est surtout contre l'anorexie des tuberculeux que Bodenstein préconise le tannate d'orexine. Il en a également retiré de bons effets contre les vomissements des femmes enceintes et aussi contre les vomissements urémiques.

En résumé, toutes les fois qu'il y a lieu de stimuler les fonctions de l'estomac, le tannate d'orexine trouverait ses indications; ses insuccès seraient rares et ses inconvénients nuls. L.

DES APPLICATIONS DU TRAITEMENT IODURÉ.

Quels sont les cas dans lesquels on doit recourir à la médication iodurée? Le dr Bricquet les a groupés d'une manière succincte dans la *Presse médicale*.

En ce qui concerne les affections de l'*appareil circulatoire*, la médication iodurée est utile dans la plupart des cas d'angine de poi-

trine, d'artério-sclérose, d'anévrisme, d'aortites aiguës et chroniques; elle peut rendre des services pour remédier aux troubles circulatoires dans certaines cardiopathies mal compensées.

Du côté de l'*appareil respiratoire*, les iodures s'adressent surtout à l'asthme vrai, à nombre de cas de bronchites grippales prolongées, à certains cas de bronchites, chroniques sèches, de pneumonie chronique, de poussées de congestion pulmonaire ; ils peuvent être utiles dans le coryza critique et l'ozène.

Au point de vue des *maladies infectieuses* et parasitaires, la médication iodurée est de première utilité dans la syphilis, dans l'actinomycose. Au point de vue des *intoxications*, elle s'adresse aux intoxìcations mercurielles et saturnines chroniques.

Les iodures ont donné de bons résultats dans le traitement de *certaines manifestations arthritiques :* obésité, douleurs, sciatique. Enfin, au point de vue chirurgical, ils peuvent être employés dans des cas d'arthrites chroniques, d'hyperostose, d'iritis.

Les iodures sont inutiles dans les affections de l'appareil digestif, du foie, des reins; dans les affections du système nerveux non syphilitiques; dans les maladies infectieuses; contrairement à une croyance assez répandue, ils seraient sans action sur la sécrétion lactée.

L'auteur a agité aussi la question de savoir s'il faut donner l'iodure de potassium ou l'iodure de sodium.

Il répond que, *d'une façon générale, l'iodure de potassium doit être préféré à l'iodure de sodium*, excepté dans les affections des voies respiratoires et dans certains cas de douleurs rhumatismales.

Quand l'iodure de potassium est mal toléré, soit au début, soit au cours d'un traitement, il faut recourir à l'iodure de sodium dont la valeur thérapeutique n'est que légèrement inférieure.

Quand on institue la médication iodurée, il est prudent de toujours commencer par l'iodure de sodium, qui se tolère généralement mieux; lorsqu'il y a accoutumance, on passera à l'iodure de potassium.

Comme, à la longue, l'iodure de potassium semble avoir une action dépressive que ne posséderait pas l'iodure de sodium, il est utile, en cas de traitement prolongé, d'établir une alternance entre les deux iodures. L.

—

TROUBLES DE LA MENSTRUATION DANS LES MALADIES DU CŒUR.

Le dr Guilmard vient de publier un travail pour montrer que l'influence des maladies du cœur sur la menstruation, qui a été niée, est bien réelle.

De toutes les affections du cœur, celle qui a le plus d'influence sur

l'utérus, est sans contredit le rétrécissement mitral. Qu'il date de l'enfance ou survienne plus tard, à la suite de rhumatisme, il est la maladie par excellence des congestions passives, celle dans laquelle la gêne circulatoire se fait le plus rapidement sentir dans les organes éloignés du cœur. Aussi la très grande majorité des désordres de la menstruation (dysménorrhée douloureuse, ménorrhagies, métrorrhagies) s'observe-t-elle chez les sujets porteurs de cette lésion cardiaque.

Viennent ensuite l'insuffisance mitrale, puis, les maladies de l'aorte.

Quant à la fréquence, l'auteur établit que les troubles menstruels d'origine cardiaque se rencontrent dans plus de la moitié des cas de cardiopathies.

C'est à la puberté qu'on voit se produire la première manifestation de cette influence.

Hâtive ou tardive, cette apparition des premières règles est souvent entrecoupée d'accidents de divers ordres. Si la jeune fille est atteinte de rétrécissement mitral pur, la cardiopathie la plus fréquente à cet âge; la lésion cardiaque est, dans des cas assez nombreux, restée jusqu'alors inaperçue. Aussi est-on surpris de voir que l'établissement des règles est difficile. « Souvent, dit Mathieu, il y a des pertes de sang excessives, de véritables métrorrhagies, de la dysménorrhée... Les époques sont douloureuses, irrégulières, souvent d'une abondance excessive.

Ces symptômes ne sont pas faits pour mettre sur la voie du diagnostic d'une lésion cardiaque, car l'attention est surtout attirée du côté de l'appareil utéro-ovarien, à moins encore qu'elle ne dévie sur la chlorose.

Il ne faut donc pas se hâter de faire un diagnostic avant d'avoir pratiqué avec le plus grand soin l'auscultation du cœur chez les jeunes filles.

Après quelques menstruations régulières ou même aussitôt après la première, survient une période d'aménorrhée de plusieurs mois, puis se montrent des écoulements sanguins, tantôt très abondants, tantôt à peine appréciables, et d'une telle irrégularité que la jeune fille ne sait plus s'ils correspondent ou non à une époque menstruelle.

Pendant tout le cours de sa vie génitale, la cardiaque est exposée à ces divers accidents.

Deux conditions sont essentielles à la production des hémorrhagies; c'est d'abord un état général relativement bon, ensuite et surtout un cœur encore assez vigoureux pour lutter victorieusement contre la lésion. Le jour où le cœur faiblit, où les œdèmes et la dyspnée apparaissent, où, en un mot, le malade entre en asystolie, non seulement les hémorrhagies mais les règles elles-mêmes se suppriment et font

place à l'aménorrhée, quittes à reparaître plus tard, lorsque la crise d'asystolie sera passée, lorsque le cœur aura repris le dessus.

Il est difficile d'affirmer si l'âge de la ménopause est modifié par l'existence d'une maladie de cœur, car cet âge est loin d'être fixe. Cependant, d'après les statistiques de Duroziez, on pourrait dire que la ménopause est hâtive partout où la mitrale est engagée, et qu'elle est normale ou retardée partout où elle ne l'est pas.

Dans les lésions de l'orifice aortique, le retard de la ménopause serait remarquable.

D'ailleurs les cardiaques ne voient pas seulement leur ménopause avancée ou retardée de par le fait de leur lésion, elles sont aussi exposées, à ce moment peut-être plus qu'à tout autre, à des pertes sanguines considérables et répétées, à de véritables métrorrhagies.

Enfin, longtemps après la ménopause, on peut voir des métrorrhagies qui paraissent être exclusivement sous l'influence d'une affection cardiaque.

La conclusion générale de cette étude est que, chaque fois qu'on se trouve en présence d'un trouble de la menstruation (hémorrhagie ou aménorrhée) dont la cause reste ignorée, il faut songer au cœur et en pratiquer l'auscultation avec le plus grand soin, si l'on veut se mettre à l'abri d'une erreur de diagnostic.

Dans les cas de ce genre, c'est donc surtout le cœur qu'il faudra soigner, sans oublier cependant qu'il peut exister aussi des lésions utérines qui doivent être traitées également; en effet, la métrite est parfois l'intermédiaire entre l'influence cardiaque et l'hémorrhagie, la métrite ayant une origine quelconque ou bien relevant directement de la congestion provoquée par la lésion cardiaque. L.

—

PROCÉDÉ INGÉNIEUX POUR ARRÊTER LES HÉMORRAGIES UTÉRINES.

Les hémorragies par atonie de l'utérus après l'accouchement comptent parmi les accidents les plus redoutables; le médecin ne saurait agir avec trop de promptitude.

Parmi les procédés employés contre ces hémorragies, un des plus efficaces est le *tamponnement*, fait suivant la méthode de Dührssen, que nous avons déjà exposé; mais ce procédé a l'inconvénient de n'être pas à la portée de tout le monde et de nécessiter des préparatifs trop longs quand le temps presse.

Pour se rendre maître de l'écoulement de sang aussi rapidement que possible, le d[r] Arendt propose de saisir solidement l'utérus avec une ou deux pinces et de l'abaisser par une traction lente et énergique.

Par suite de l'extension que subissent les vaisseaux afférents, l'utérus devient presque exangue en quelques instants. Ce moyen est à la portée de tout médecin, de toute sage-femme; il suffit de se servir de pinces qui mordent bien le tissu du col utérin et qui ne le déchirent pas.

Ce procédé est également applicable quand on ignore si l'hémorragie provient d'une déchirure ou de l'atonie utérine; on peut ainsi explorer aisément la source du sang. De plus, cet *abaissement de l'utérus* provoque une contraction prolongée. La traction sera continuée pendant quelque temps, et recommencée si le relâchement utérin ramenait l'écoulement de sang.

Nous dirons ici que c'est par le même mécanisme que l'extirpation par morcellement de volumineux fibromes de l'utérus par la voie vaginale peut se faire d'une manière à peu près exsangue, les tractions exercées sur la tumeur ou sur l'utérus lui-même provoquant une ischémie presque absolue des tissus. L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 25 juin 1898.

Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le travail manuscrit de M. le dr A. Mills, adjoint chargé des recherches cliniques à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles, intitulé : *Étude de l'action de la pulpe splénique sur le bacille de la fièvre typhoïde.* — M. Verriest, Rapporteur.

Dans le mémoire qu'il présente à l'Académie, M. Mills rend compte de ses recherches relatives à l'action de la pulpe splénique sur le bacille de la fièvre typhoïde. Il tire de ses recherches les conclusions suivantes :

1. L'action de la pulpe splénique sur le bacille d'Eberth consiste en une exaltation de sa pullulation et de sa virulence. Cette augmentation de virulence est probablement due à la mise en liberté des toxines contenues dans les corps bactéridiens.

2. L'action de la pulpe splénique est fonction du protoplasme cellulaire et non pas du liquide baignant les cellules.

3. La nature de l'action intime du ferment splénique sur les toxines syphilitiques doit être rapprochée de celle de certains ferments figurés. Ce serait là la cause de l'exaltation de la toxicité des bouillons typhiques.

Ces conclusions présentent un vif intérêt, mais l'auteur n'ayant pas donné dans son mémoire la relation des expériences dont il les tire, la Commission se trouve dans l'impossibilité d'établir son jugement sur la rigueur des résultats expérimentaux annoncés à la légitimité

des conclusions. Elle considère le mémoire de M. Mills comme une communication préliminaire, propre à prendre date. Sous ces réserves elle conclut à l'impression du mémoire. — Adopté.

1. Suite de la discussion concernant l'obligation de la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses.

M. Janssens, reprenant la question soulevée par M. Hubert dans une précédente séance au sujet de la déclaration obligatoire des maladies infectieuses et transmissibles, rappelle les décisions déjà prises par l'Académie en la matière; il reproduit dans ce but le premier chapitre, intitulé : *Information des instructions pratiques à l'usage des administrations communales*, qu'il avait formulées lui-même en 1890 et qui ont été publiées dans le *Bulletin de l'Académie* et ensuite au *Moniteur belge*. Il croit superflu de chercher à défendre de nouveau la nécessité d'inscrire dans une loi la déclaration obligatoire des maladies dont il s'agit. Le Gouvernement lui-même paraît convaincu de l'utilité de la mesure, puisque trois ans après la publication du travail académique précité, il avait invité le Conseil supérieur d'hygiène à lui soumettre sa manière de voir sur le mode de réglementation de la déclaration obligée.

M. Janssens donne lecture des six propositions adoptées le 9 mars 1893 par le Conseil et qui sont conformes aux principes déjà émis par l'Académie.

M. Janssens s'attache ensuite à prouver que, malgré les lacunes de la loi, l'autorité communale n'est pas désarmée pour se défendre contre l'invasion des maladies épidémiques.

Grâce à l'action du Bureau d'hygiène créé par Bruxelles, en 1874, et dont l'exemple a été depuis suivi par les villes de Louvain, d'Anvers et de Gand, des mesures très efficaces de prophylaxie sanitaire ont été appliquées avec la coopération officieuse du corps médical libre de Bruxelles, et surtout par suite de l'intervention officiellement requise du service des hôpitaux civils, de celui de la bienfaisance et de celui des écoles communales ou subsidiées. M. Janssens produit la circulaire que l'on adresse chaque année à tous les médecins de Bruxelles en leur transmettant dix exemplaires d'une déclaration destinée à recevoir les renseignements requis par l'administration. Le nombre total des avis sanitaires reçus par la Division d'hygiène de Bruxelles, pendant les cinq dernières années qui ont été les plus favorables au point de vue de la fréquence des maladies transmissibles, a été de 3539, soit environ 700 avis par an.

M. Janssens constate que la période décennale antérieure à la création du Bureau a donné 967 décès par maladies transmissibles ou évitables par an, tandis que les vingt-quatre années suivantes n'en ont plus donné que 281 en moyenne par an, malgré l'augmentation de la population.

M. Janssens termine sa communication en affirmant de science certaine que la déclaration obligatoire des cas de maladies transmissibles fera partie du projet de loi sur la police sanitaire auquel le Gouvernement met en ce moment la dernière main, et il ne doute pas que la législature ne tienne compte des vœux formulés par l'Académie en vue de garantir la santé publique.

Cette discussion continuera dans la prochaine séance.

2. Discussion de la communication de M. Hubert, portant pour titre : *Traitement des septicémies puerpérales par le sérum antistreptococcique.*

M. Crocq dit que c'est à tort que l'on confond toutes les maladies suites de couches sous le nom de fièvre puerpérale ou de septicémie puerpérale. Ce n'est pas une affection unique, mais des maladies multiples et diverses, les unes inflammatoires, les autres constituées par des altérations du sang, telles la métrite, la paramétrite, l'ovarite, la métro-péritonite, la septicémie, la pyohémie, la thrombose, la phlébite, la lymphangite. Cette confusion est due à ce qu'on abandonne le terrain solide et positif de l'anatomie pathologique pour le terrain mouvant et hypothétique de l'étiologie.

L'emploi de la méthode antiseptique a considérablement diminué la fréquence des affections puerpérales, mais c'est une exagération de dire qu'elle les a supprimées ; car il entre dans leur étiologie d'autres facteurs encore que l'infection. Ceci est démontré non seulement par la statistique, mais aussi par la métro-péritonite de l'avortement et par la métro-péritonite cataméniale. M. Crocq rappelle que Seutin avait déjà parfaitement signalé, en 1834, le rôle de l'infection dans la genèse des affections puerpérales, et l'asepsie.

Quant au sérum antistreptococcique, M. Crocq rend hommage aux recherches de M. Hubert, mais ne considère nullement comme prouvée par les observations présentées à l'Académie l'action efficace du sérum.

Il termine en maintenant la prééminence des lésions anatomiques sur les circonstances étiologiques comme éléments caractéristiques des maladies.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

L'Académie se forme en comité secret à 1 heure 45 minutes.

1. Discussion du rapport de la Commission qui a été chargée de répondre au questionnaire concernant certaines affections climatériques, formulé par le Gouvernement brésilien et transmis à l'Académie par M. le Ministre de l'agriculture et des travaux publics. — M. Firket, Rapporteur.

Le rapport est adopté et, si le Gouvernement le permet, il sera inséré dans le *Bulletin.*

2. Élection d'un Membre titulaire dans la troisième section, en remplacement de M. Deroubaix, décédé.

M. Venneman obtient 24 voix ;

M. Delstanche obtient 8 voix.

Il y a deux bulletins nuls.

En conséquence. M. Venneman est élu Membre titulaire et sa nomination sera soumise à l'approbation royale.

3. Le vote pour la nomination de Membres honoraires étrangers, de Correspondant belge et de Correspondants étrangers n'ayant pas donné la majorité réglementaire, le scrutin définitif aura lieu dans la prochaine séance.

VARIÉTÉS.

De la malaria des pays tropicaux. — Le d[r] Koch a exposé récemment les principaux résultats des études pathologiques qu'il a faites pendant un séjour de près de deux ans dans les pays tropicaux. Nous n'avons pas besoin de montrer que ces résultats intéressent particulièrement notre pays.

La malaria est la maladie la plus particulière aux régions tropicales, et ses ravages sont excessifs. L'individu le mieux portant à son arrivée est, chaque jour, exposé à ses atteintes. On voit des colons, des missionnaires, des explorateurs, obligés, au bout de quelques semaines, de céder à la maladie et d'abandonner l'objet de leur entreprise pour rentrer en Europe avec une santé perdue. La malaria atteint le soldat en marche aussi bien que l'employé dans son bureau, le colon sédentaire aussi bien que l'explorateur sans cesse en mouvement. Tant que l'on ne trouvera pas le moyen de se rendre maître de la maladie, les colonies seront toujours un triste séjour. Il faut commencer par élucider l'étiologie de la malaria.

Il est une maladie animale qui a une certaine analogie avec la malaria humaine : c'est la fièvre du Texas des bovidés : Koch l'a étudiée en grand détail et il est parvenu à établir que l'agent de dissémination de la maladie est, comme Smith l'avait indiqué déjà, une sorte d'insecte, une tique.

Comme la fièvre du Texas, la malaria est due à un parasite du sang. Sous diverses formes elle est répandue sur toute la surface du globe. Son évolution est facile à suivre dans ses particularités à l'aide du thermomètre.

La forme quotidienne est due à deux fièvres tierces subintrantes ; aussi, en pareil cas, on trouve dans le sang le parasite à deux phases de son développement, dont l'une correspond à l'accident actuel, et l'autre à l'accident qui se montrera vingt-quatre heures plus tard.

Ce qui caractérise les formes tropicales de la malaria, c'est leur évolution irrégulière. Les oscillations thermiques se répètent pendant des jours et des semaines. Les accès, qui durent quatre, six, huit heures, peuvent se répéter avec un jour d'intervalle ou quotidiennement. Cette forme plus grave s'observe aussi en Italie, en été et en automne, mais dans les régions tropicales on l'observe toute l'année.

Les travaux de Laveran et des médecins italiens nous ont instruits de la nature de la malaria. Chez les malades qui en sont atteints, on trouve dans les globules rouges un parasite à mouvements vifs et à croissance rapide. Le point culminant de son développement coïncide avec l'acné de l'accès fébrile.

Le parasite revêt progressivement des formes très diverses : au début il est arrondi, puis il devient globuleux et enfin se résoud en quinze à vingt petits corpuscules ; ceux-ci essaiment de nouveau et prennent possession de nouvelles hématies.

Koch a surtout étudié la forme grave de la malaria, la fièvre des tropiques proprement dite. Elle est caractérisée par une courbe thermique spéciale, surtout quand sa marche n'a pas été modifiée par la quinine. L'accès dure environ trente-six heures : la température s'élève d'abord rapidement, puis reste stationnaire pendant la moitié de la durée de l'accès ; après s'être légèrement abaissée, elle remonte à la même hauteur ; elle s'y maintient pendant l'autre moitié du temps et redescend enfin rapidement à la normale.

Jusqu'ici, pour le traitement de la malaria des tropiques, on n'avait pas de point de repère certain ; on administrait la quinine à l'aveuglette. A tout malade chez lequel on ne découvre pas d'autre maladie, le médecin fait prendre une dose de quinine répartie sur toute la journée. Ces tâtonnements pourront, désormais, prendre fin, car nous savons exactement à quel moment nous pouvons nous attaquer au parasite et administrer la quinine : ce moment est le stade qui précède la sporulation. En effet, la quinine ne tue pas le parasite ; elle entrave son développement.

La quinine, administrée en temps opportun,guérirait la malaria des tropiques. Et de fait Koch prétend avoir guéri tous les malades qu'il a traités, sauf deux dont l'état était trop avancé pour laisser quelque espoir.

Quant aux sanatoria que l'on a eu soin d'élever en pays élevé, Koch croit qu'on y attache trop d'importance : quand un malade a des parasites dans le sang, peu importe qu'il habite la côte, la plaine ou la montagne ; la fièvre réapparaît indépendamment de la région où il se trouve.

Pour éviter le retour des accès aux malades qui en sont guéris, on administre, à titre prophylactique, un gramme de quinine tous les cinq jours ; cela suffit à empêcher la récidive. Les intervalles ne doivent pas être moindres que cinq jours, et la quinine doit être prise ainsi pendant six semaines ou deux mois. Des recherches nouvelles sont, d'ailleurs, encore nécessaires pour élucider cette question. Le malade, après une atteinte intense de la fièvre, se remet particulièrement vite et est bientôt apte à reprendre ses occupations.

Jusqu'ici les relations de la fièvre hématurique avec la malaria étaient obscures. On n'avait pas pu écarter cette idée que la malaria devait jouer le rôle principal dans la fièvre hématurique. Pour Koch les deux affections n'ont rien de commun. Dans les cas de fièvre hématurique typique on ne trouve jamais les parasites de la malaria. Il est plus probable que cette fièvre hématurique dépend du traitement par la quinine, et on peut dire tout au moins qu'on ne l'observe pas dans les cas où l'on peut éliminer l'idée d'intoxication par la quinine.

Koch s'est particulièrement attaché à découvrir le mode de pénétration de la malaria dans l'organisme humain. Est-ce par l'eau ? est-ce par l'air ? La transmission directe d'homme à homme n'est pas possible, sans quoi la maladie serait contagieuse. Le transport par l'air est invraisemblable, car la dessication rapide du sang et des parasites qu'il contient rend ce mode de propagation impossible. Il est certain, d'autre part, que la maladie ne provient pas de l'eau ; on peut même

boire de l'eau de marécage dans les pays à fièvre sans contracter la malaria.

Mais les moustiques paraissent jouer un rôle dans la dissémination de la malaria. L'infection a lieu surtout la nuit. La malaria ne se montre que là où il y a des moustiques. Ainsi, dans les possessions allemandes de l'Est africain, il existe une petite île où il n'y a pas de moustiques; on n'y contracte pas la malaria. La province d'Usambara, à partir d'une certaine altitude, n'est pas un pays à fièvre : il n'y a pas de moustiques. Le transport de la maladie par les insectes suceurs est démontré pour la fièvre du Texas; il est bien vraisemblable pour la malaria.

Selon Koch, il ne faut pas s'imaginer qu'un moustique pique d'abord un malade, puis ensuite un homme sain qu'il infecte. L'infection se fait bien plutôt par une voie indirecte. Les moustiques disséminent leurs œufs; l'agent pathogène de la maladie se développe sur ceux qu'ils ont déposés sur l'homme. La maladie n'éclot pas immédiatement, c'est-à-dire le lendemain du jour où le moustique a piqué un homme. Pour déterminer un accès de fièvre, il faut un grand nombre de parasites et ceux-ci doivent d'abord se multiplier dans le sang. Il s'écoule toujours un temps assez long entre l'infection par l'insecte et l'éclosion de la maladie, et on peut estimer à dix ou quatorze jours cette période.

Existe-t-il une immunité contre la malaria? Koch croit que l'on peut répondre à cette question controversée par l'affirmative. Aucun homme ne possède originellement cette immunité. Mais les paludéens qui, sans quinine, ont guéri de leur fièvre, possèdent ultérieurement une certaine immunité. Cette immunité peut être acquise naturellement comme le montre l'observation des nègres.

Le nègre des régions montagneuses qui vient se fixer à la côte est atteint de malaria et généralement d'une façon très grave. S'il guérit, il a acquis ainsi une immunité et il peut habiter la région côtière sans craindre une nouvelle infection. Si le nègre des côtes ne contracte pas la fièvre, c'est parce que ses aïeux étaient immunisés contre la maladie. Il en est de même des Indiens. Ils sont pris de malaria d'une façon très grave. On voit cependant des milliers d'Indiens qui paraissent immunisés contre cette maladie. Si on peut déterminer artificiellement l'immunité contre la peste bovine, la rage, pourquoi ne le pourrait-on pas vis-à-vis de la malaria?

Les mesures que l'on prend actuellement pour combattre la malaria, dessèchement des marais, plantations d'eucalyptus, n'éloignent pas le danger. La mesure actuellement la plus nécessaire est l'envoi aux colonies d'un nombre suffisant de médecins instruits qui administreront la quinine comme il convient. L'emploi de la quinine n'est pas aussi simple qu'on se l'imagine; c'est pourquoi on ne peut la laisser administrer, à leur gré, par les gens qui ne sont pas médecins.

Il y aurait encore bien d'autres choses à faire. Il serait très important d'établir des demeures saines dans lesquelles les moustiques ne pourraient pas pénétrer.

Si l'on arrive à vaincre la malaria, on aura fait la conquête paci-

fique des plus beaux et des plus fertiles pays du globe. On y parviendra par l'étude régulière et bien dirigée de la malaria. L.

—

Origine centrale de la faim et de la soif. Le dr Paget a réuni 14 cas de faim ou de soif dévorantes après des traumatismes ou des maladies du cerveau qui paraissent prouver l'existence de centres spéciaux pour la faim et la soif.

Ces centres semblent situés au voisinage du centre de la parole, probablement dans la partie antérieure du lobe temporo-sphénoïdal.

Quatre de ses malades avaient reçu un coup violent sur le front, deux étaient tombés sur un côté de la tête, deux sur l'occiput; deux avaient eu une fracture de la base et un, dans une chute d'un lieu élevé, était tombé sur les pieds.

A côté de ces 11 cas d'origine traumatique, il y en a trois où le symptôme soif ou faim a été provoqué par une affection du cerveau, abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche dans un cas, kyste suppuré du lobe temporo-sphénoïdal droit dans un autre, apoplexie du côté gauche dans le troisième.

Huit de ces malades avaient une faim très vive, mais sans soif, trois une faim et une soif intenses, trois une soif extrêmement vive sans faim.

La faim et la soif étaient chez tous ces malades extrêmement vives et avaient certainement une allure anormale. La large satisfaction de ces deux besoins n'a eu aucun inconvénient. Chez les malades qui ont guéri, la faim et la soif anormales ont disparu au bout de plusieurs semaines ou mois.

Le dr Wallis a observé un jeune garçon qui a été pris d'une faim dévorante après la trépanation d'un abcès temporo-sphénoïdal.

L.

TRAITEMENT DES SEPTICÉMIES PUERPÉRALES PAR LE SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE.

(Discours de M. le prof. EUG. HUBERT *à l'Académie royale de médecine. — Séance du* 29 *juillet* 1898.)

Messieurs, notre éminent collègue M. Crocq s'est plaint qu'il y eût de la confusion dans le débat actuel : ce n'est certes pas moi qui l'y ai introduite et dans l'espoir de la dissiper, avant d'attaquer le fond de la discussion, je vais rappeler brièvement ses rétroactes.

En 1891, au cours de la lutte qui s'est livrée ici sur et autour *la saignée et le vésicatoire*, M. Crocq a affirmé, avec l'intrépidité des fortes convictions, que les antiphlogistiques constituaient le vrai traitement de la métro-péritonite *infectieuse* des femmes en couches (1). C'était même là, selon lui, « le plus beau triomphe des émissions sanguines ». Et il ne se contentait pas de proclamer leur excellence, il reprochait sévèrement à tous les accoucheurs pour qui les Broussais, les Nicolas Ténérius et les Marschal-Hall ne sont plus des oracles, d'avoir laissé les théories microbiennes prendre la place de l'observation, de ne rien faire, et de s'entêter à perdre des malades que les sangsues, les cataplasmes et les onguents auraient sauvées.

Donc, affirmation aussi solennelle et carrée que possible des idées anciennes — et condamnation *ex cathedrâ* des doctrine et conduite modernes. C'était net et complet.

Cette exaltation du passé et ce dénigrement du présent provoquaient la réplique. Je répondis : Les accidents *septiques* réclament, non les *antiphlogistiques*, mais les *antiseptiques;* contre la métro-péritonite infectieuse la saignée est, en théorie, un contre-sens et, en pratique, une faute; les théories microbiennes que vous traitez si dédaigneusement, ont été pour les chirurgiens et les accoucheurs la lumière, pour leurs malades le salut, et en fait, depuis que l'antisepsie a

(1) *Bulletin*, 1891, IVe série, t. IV, no 8, p. 460.

détrôné la lancette, dans toutes les maternités d'Europe, la mortalité est tombée de 10 p. c.

Les systèmes de thérapeutique, comme les arbres, se jugent par leurs fruits, et la vérité scientifique ne saurait se trouver du côté où il y a le plus de morts.

Les deux écoles en présence avaient opposé leurs doctrines et leurs bilans; les praticiens avaient sous les yeux des éléments suffisants pour éclairer leur choix entre les défenseurs de la tradition et les partisans de la marche en avant, et la discussion me semblait pouvoir être close sans grands inconvénients. Mon honorable Collègue n'a pas voulu rester sous le coup de la réplique qu'il avait provoquée. Dans un nouveau discours, il laisse entendre que je l'ai mal compris... Ce qu'il a dit dans le premier « se rapporte uniquement aux inflammations abdominales »... et il lâche complètement la métro-péritonite *infectieuse;* « dans ce cas, dit-il, à quoi serviraient les émissions sanguines ? »

Mais alors, nous voilà d'accord ? — Pas tant que cela ! Si la lutte est finie sur le terrain où M. Crocq lui-même l'avait primitivement placée, son humeur militante la transporte sur un autre : les émissions sanguines qu'il ne saurait abandonner tout à fait, il les réserve maintenant pour les accidents inflammatoires francs.

Je pourrais, par amour de la paix, les lui concéder, car il ne répugne pas à ma raison qu'à des phénomènes phlogistiques on oppose des antiphlogistiques : le sang utilement versé ne me fait pas horreur. Mais je me dois à moi-même de faire voir tout de suite ce que vaut la concession : au fond, je n'accorde les sangsues qu'à la condition expresse qu'on ne s'en serve pour ainsi dire jamais. Je ne crois plus aux accidents inflammatoires francs des couches.

Une femme, accouchée d'un jour ou deux, a un peu de céphalalgie, de rougeur à la face et même de douleur dans le ventre; le pouls arrive dans le voisinage de 100 et le thermomètre marque 38°.

Il est à peu près indifférent en pratique qu'on lui applique quelques sangsues — ou qu'on lui fasse un lavage antiseptique — ou même qu'on ne lui prescrive rien du tout : au bout de quelques heures, l'orage est calmé et tout rentre dans l'ordre.

Quel nom faut-il donner à l'indisposition ? Fièvre de lait ? Fièvre

éphémère ? Poussée inflammatoire ? Septicémie atténuée ? — L'analyse des lochies peut seule permettre d'affirmer la nature vraie du processus morbide. Pour ma part, je crois qu'il s'agit d'un assaut microbien : parce qu'une poussée inflammatoire à la suite d'un acte physiologique, qui s'accompagne toujours d'une saignée, me paraît peu vraisemblable ; — parce que surtout, en pratique, on ne rencontre plus ces bouffées pyrétiques. En se répandant, l'usage des précautions antiseptiques les a fait complétement disparaître.

Quoi qu'il en soit, la nature septique de l'accident étant la seule qui puisse inspirer de l'inquiétude, c'est le traitement antiseptique qui a ma confiance.

Légers ou profonds, les troubles des couches ne sont pas d'origine inflammatoire, ils sont d'origine septique.

Telle est aujourd'hui ma conviction, éclairée par la lumière que la bactériologie a jetée sur les voies cliniques, confirmée tous les jours par l'observation des faits, forte en un mot de vues théoriques auxquelles les statistiques ont apporté une base positive, ou la consécration des démonstrations expérimentales. Je voudrais vous la faire partager et si je suis un peu long, vous me le pardonnerez, je l'espère, en faveur de l'intérêt scientifique et de l'importance pratique du sujet.

L'accouchée est une blessée, et sa blessure n'offre de spécial que la difficulté qu'on éprouve à en écarter les microbes infectants des plaies. La lésion en elle-même n'est rien : elle guérit ou se raccommode toute seule, sans appareil fébrile, sans réaction. Tenus aseptiques, les traumatismes les plus étendus et les plus vastes délabrements ne mettent pas le blessé en péril, et ne *s'enflamment* pas plus que ne fermentent les matières organiques conservées à l'abri de l'air ou que ne saute un baril de poudre auquel on ne met pas le feu.

Par contre, la plus petite érosion peut être mortelle. Vous voyez qu'entre M. Crocq et moi, le différend est irréductible : pour lui, la cause n'est rien, la lésion anatomique est tout. Pour nous, au contraire, la lésion anatomique — à moins qu'elle n'entrave la fonction d'un organe essentiel à la vie — est sans importance aucune ; la cause est tout. Dans la morsure de la vipère, ce n'est pas la piqûre insignifiante de la dent qui tue, mais l'inoculation du venin. Voulez-vous d'autres exemples à l'appui. Je prends d'abord celui de nos tissus qui

passait autrefois pour le plus inflammable, le péritoine, ce *noli me tangere* des anciens : tous les chirurgiens aujourd'hui le considèrent comme un organe extrêmement tolérant, ne se fâchant ou ne s'irritant que si on l'infecte et, alors, emportant le malade, non pas par la violence de ses réactions, mais par la rapidité avec laquelle se font sur sa vaste surface les résorptions septiques. On ne meurt pas de péritonite traumatique, mais de péritonite infectieuse. Dans ces derniers mois, avec mon collègue et ami M. Debaisieux, nous avons enlevé deux fibromes de la matrice pesant le premier 6 et le second 5 kilogrammes. Chez les deux femmes, il a fallu fendre le ventre du pubis à l'épigastre, entailler le péritoine d'incisions énormes, le meurtrir dans des pinces et y abandonner peut-être une cinquantaine de ligatures perdues : nous ne sommes pas parvenus à l'enflammer ! et nos opérées n'ont pas eu un moment de fièvre. Pourquoi ? Parce que nous nous sommes entourés de précautions antiseptiques sévères et que, sans microbes ou sans toxines, il n'y a, même pour le péritoine, ni infection, ni inflammation, ni fièvre.

L'ovariotomie, contre laquelle l'Académie de Paris a protesté avec tant d'éclat, l'hystérectomie, la cure radicale des hernies ne seraient pas encore entrées dans la pratique journalière, si les anathèmes pouvaient longtemps enrayer le vrai progrès.

Autrefois l'opération césarienne était fatale à 67 femmes sur 100; elle ne l'est plus qu'à 20 p. c. et il est à peu près certain que, si on pouvait toujours la pratiquer dans des conditions d'antisepsie rigoureuse, elle serait toujours couronnée de succès.

Le curettage de la matrice a longtemps été honni comme une coupable témérité. En lui-même il est inoffensif : un gynécologue allemand — dont je ne rappellerai pas le nom parce que l'action est odieuse, — a perforé plusieurs fois la matrice à dessein, pour démontrer l'innocuité de la curette.

Je crois inutile de multiplier les exemples à l'appui de cette thèse que ce n'est pas la lésion traumatique qui est à redouter, mais l'infection.

Comment s'infectent les accouchées ? Permettez-moi, pour vous exposer la notion que je me suis formée des maladies des femmes en couches, d'entrer dans quelques considérations de pathologie générale. Je vous promets d'être court et j'essaierai d'être clair.

A priori, l'infinie variété des accidents puerpéraux fait conclure à la diversité des causes productrices, et, *en fait*, chez les malades, on a découvert toute la flore ou la faune des infections chirurgicales. Comment se fait l'attaque ? Pour s'opposer intelligemment et efficacement aux invasions, il importe de connaître les voies par où arrivent les agresseurs.

I. Est-ce par l'*air ?* On ne le croit plus guère aujourd'hui : on a si souvent surpris les agents pathogènes dans le tractus génital qu'on n'admet plus qu'ils puissent venir par d'autres côtés. Mais on est peut-être trop exclusif. Pourquoi la femme enceinte ne pourrait-elle s'infecter que par les organes génitaux ? On en voit de malades *avant* d'accoucher, c'est à-dire avant l'ouverture des portes habituelles : l'ennemi s'est donc faufilé par les fenêtres. Dans les anciennes épidémies de Paris et de Liége, toutes les élèves sages-femmes, quoique non enceintes, devenaient malades, et Hervieux rapporte que l'une d'elles, rien qu'à découvrir une malade, se sentit tout à coup prise, et fut emportée, par une métro-péritonite impossible à différencier cliniquement de l'infection puerpérale. Plus récemment, Guéniot a rapporté des faits de femmes en couches empoisonnées par des émanations d'évier. J'admets donc, ne fût-ce qu'à titre d'exception, la propagation du mal par l'air, légitimant ainsi les soins que tout le monde prend — même ceux qui nient ce mode d'empoisonnement — pour écarter tout mauvais air des chambres d'accouchées.

II. *Auto-infection.* — Les expériences de Steffeck et de Kehrer ont démontré que chez les femmes enceintes, saines et n'ayant pas subi d'explorations, trente fois sur cent les sécrétions vaginales contiennent des germes pathogènes. Ces microbes sont pour ainsi dire domestiqués et, en général, placides, mais leur virulence peut se réveiller dans une éraillure accidentelle ; le doigt ou une sonde peut les transporter plus haut, dans la cavité utérine, et les placer là dans un milieu où ils récupèrent leur nocivité.

III. *Inoculation* ou *importation*, par les instruments et surtout par le doigt du médecin, qui s'est contaminé près d'autres malades ou qui

s'est chargé, au contact du pudendum, des éléments infectieux qui foisonnent dans cette région. Ces inoculations expliquent l'histoire des épidémies, des malheurs circonscrits dans la clientèle d'un seul accoucheur, et rendent compte de l'effrayante mortalité des anciennes maternités.

Cliniquement, au point de vue de la marche, de la gravité et du pronostic, nous distinguons, surtout selon le moment où se produit l'attaque, trois groupes d'intoxications. Les agresseurs les plus redoutables attaquent tout de suite, violemment, parfois même avant la délivrance; ceux qui se mettent en mouvement seulement le troisième ou le quatrième jour sont d'ordinaire beaucoup moins meurtriers; enfin les tardifs, qui attendent dix, quinze jours pour manifester leur présence, ne foudroient plus; ils rongent, ou évoluent sourdement, chroniquement.

D'où viennent ces différences? S'agit-il d'un même microbe dont la virulence s'atténue avec le temps? Ou bien, avec le temps, le terrain se modifie-t-il de façon à pouvoir résister plus efficacement? Ou bien encore, s'agit-il d'espèces différentes, comme les différentes espèces d'insectes nécrophages qui se succèdent sur le cadavre? Toutes ces questions, très intéressantes, les cliniciens peuvent les laisser à résoudre à la bactériologie — une science toute jeune, à laquelle il n'est pas juste de demander plus qu'elle n'a encore eu le temps de donner.

Reprenons les trois groupes : s'ils ont un fonds commun qui permet de les classer dans une même famille, leurs expressions symptomatiques varient à l'infini.

PREMIER GROUPE. — Des agents pathogènes, extrêmement virulents, sont dans le vagin, inoffensifs aussi longtemps que les sécrétions vaginales les énervent et que l'épithélium pavimenteux joue son rôle de bouclier protecteur. Mais voici que le travail, ou l'avortement, apporte dans les organes ses traumatismes, des érosions ou des lacérations, et crée aux agents infectieux des milieux de culture. Mettons que ce sont des chapelets de streptocoques : un érysipèle malin se déclare, envahit les tissus cellulaires pelviens ou gagne la cavité utérine, les trompes, le péritoine. Il s'est établi une infection

galopante, une streptococcie suraiguë ou un empoisonnement foudroyant, *totius substantiae*, devant lequel les lésions anatomiques locales n'offrent qu'un intérêt secondaire et, souvent même, n'ont pas le temps d'évoluer : la maison a flambé tout à coup de la cave au grenier, comme si partout on avait répandu du pétrole.

DEUXIÈME GROUPE. — La maison brûle aussi, mais l'incendie a un tout autre caractère : il semble ne vouloir ravager qu'un étage et, si le vent ne souffle pas trop fort, on peut encore sauver l'immeuble, en l'inondant ou en faisant la part du feu.

On n'aperçoit la fumée, ou les signes avertisseurs du danger, que le troisième ou quatrième jour après l'accouchement. Le feu couvait-il depuis le premier ? Au fond il importe assez peu, mais je crois plutôt qu'on vient de l'y mettre. Il part des plaies périnéales, ou des chauffoirs sur lesquels, à la chaleur du lit, se décomposent et fermentent si facilement les sécrétions lochiales.

Les éraillures de l'anneau vaginal et vulvaire s'enveniment : c'est le point de départ. Voyons les aboutissants.

L'infection est ascendante, les microbes pathogènes gagnent le vagin d'où ils vont rayonner au loin, par diverses voies de communication.

1° *Matrice*. — La cavité envahie, le muscle devient aussitôt parésique ; les lochies stagnent et se corrompent ; la muqueuse s'entreprend, l'utérus lui-même suppure : j'en ai vu transformés en éponges à pus.

De la cavité utérine, par continuité de tissu, le processus infectieux peut gagner les trompes et le péritoine : salpingite et péritonite généralisée — ou adhésive et circonscrite.

2° *Tissu cellulaire*. — Il abonde dans le bassin et, si la propagation se fait par ce tissu bon conducteur, nous allons voir s'allumer les phlegmons péri- ou paramétriques dans le cul-de-sac antérieur, à la base des ligaments larges sur les côtés, ou, plus en arrière encore, dans la gaine du psoas iliaque.

Toutes ces cellulites se termineront, selon la nature ou la malignité de la cause efficiente, par la résolution ou par l'abcès.

3° *Lymphatiques.* — Dans aucune région du corps on ne trouve un réseau lymphatique plus riche que dans la zone génitale. Ces vaisseaux, véritables canaux de mise en circulation, s'infectent au contact des germes qu'ils transportent : lymphangites et abcès ganglionnaires pelviens, abdominaux, voire même inguinaux.

4° *Veines.* — Normalement, les grosses veines déchirées par la délivrance sont bouchées par la rétraction du muscle ; mais pour peu que celui-ci soit parésié, elles se ferment provisoirement par des caillots et, plus tard, des proliférations cellulaires.

Le caillot peut se mal conduire : une cause accidentelle peut le détacher : c'est la mort subite par embolie ; ou bien s'infecter, enflammer la veine ; ou déverser ses éléments infectieux dans le courant sanguin : septicémie ou pyohémie, avec dépôts ou abcès dans les organes à circulation lente, foie, poumons, articulations. Pour peu qu'il y ait des lésions valvulaires, les accidents septicémiques deviennent foudroyants.

TROISIÈME GROUPE. — Il ne s'agit plus de conflagration rapide, la malade se consume à petit feu : il peut y avoir beaucoup de fumée, mais peu de flammes. Vers le dixième ou douzième jour, on s'aperçoit que l'accouchée n'est pas bien : elle ne se remet pas. Il s'est produit un empoisonnement chronique avec des érosions cervicales, des endométrites catarrhales, des exsudats périmétritiques pouvant sommeiller longtemps, se résoudre ou s'abcéder. Il y a comme un microbisme latent ou — pour rester dans les comparaisons pyrotechniques dont nous avons abusé, puisqu'au fond il ne s'agit pas d'*inflammations vraies* — un petit feu couvant sous la cendre que, tôt ou tard, un coup de vent fortuit peut faire flamber.

L'œdème blanc douloureux, les abcès iliaques tardifs et peut-être même certaines psychoses sont les témoins de ces processus atténués, torpides ou chroniques.

Toute la symptomatologie devient maintenant facile à prévoir et à comprendre : dans les trois groupes, nous rencontrerons toujours l'association de deux ordres de phénomènes : ceux qui se rattachent à l'intoxication générale et la trahissent — et ceux qui proviennent des réactions locales — variables, les uns et les autres, à l'infini,

selon la nature, l'espèce ou la méchanceté native ou acquise des agresseurs; selon l'organe spécial sur lequel se porte ou semble se concentrer l'attaque; selon les qualités de résistance individuelles du sujet.

Je ne sais si je me fais illusion, mais tout cela me paraît très lumineux, très simple, et je manquerais de logique si, voyant nettement la cause, je n'allais pas droit à elle. « C'est de la thérapeutique causale, de la fantaisie pathologique ! » s'écrie M. Crocq. Mais les microbes ne sont plus des êtres mythologiques, issus de spéculations de rêveurs ou d'hallucinés, et, si l'on a traité leurs premiers voyants d'illuminés, ceux-ci peuvent aujourd'hui traiter d'aveugles qui les nient. Le microscope, les cultures, l'expérimentation sur les animaux nous ont appris leur nature, leurs mœurs, leurs nuisances. Nous savons d'avance ce que nous récolterons en semant, *in vitro* et chez l'homme, le streptocoque, le staphylocoque, les bacilles de Koch, de Löffler, de Niesser et tant d'autres — et je ne connais pas en médecine de fait plus positivement établi que leur action pathogénétique ou leur *causalité.* Sans doute, une idée nouvelle se levant en ce monde heurte toujours des idées anciennes, qu'elle dérange et qui essaient de lui barrer la voie; mais si elle est juste, elle passe et finit, malgré tout, par faire son chemin.

A quoi a conduit la tendance étiologique nouvelle? D'après M. Crocq... « à ne plus faire de diagnostic, à tout confondre, à tout jeter pêle-mêle, à anéantir l'art du diagnostic et la science médicale elle-même »! Mon honoré Collègue ne tombe-t-il pas dans l'hyperbole qu'il me reproche, et qui serait moins excusable à son âge qu'au mien?

Où ont conduit les théories microbiennes et la tendance étiologique? — Mais où logiquement il fallait aller et où l'on doit se féliciter d'être enfin parvenu!

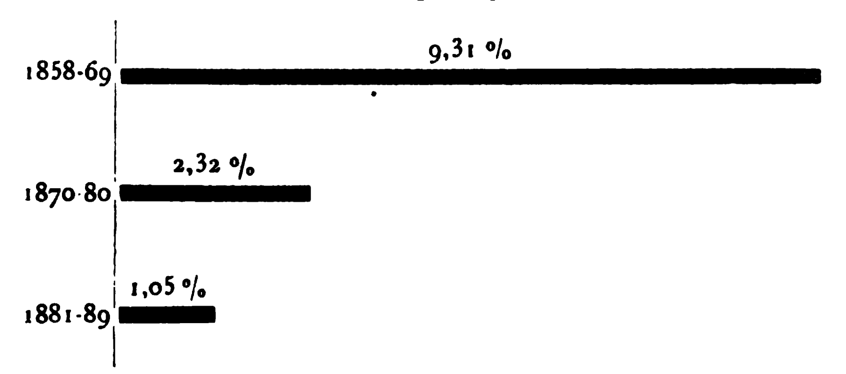
En nous faisant voir clairement les *causes*, la bactériologie nous a appris à les tenir écartées : *beatus qui rerum potuit cognoscere causas!* Elle nous a permis de suivre le conseil hippocratique : *principiis obsta!*

Le grand moyen d'empêcher les effets ne serait-il plus de supprimer les causes? La prévoyance, la prophylaxie, l'hygiène ne sont-elles pas

encore toujours le meilleur de la médecine? Empêcher de devenir malade vaut mieux que guérir, c'est plus sûr. Ne permettons pas aux troubles fonctionnels de devenir des lésions anatomiques : elles sont incurables.

Les erreurs de doctrine s'expient en pratique par des malheurs; l'abandon de l'*antiquum documentum* pour les rites nouveaux aurait donc dû amener des désastres. C'est le contraire qui est arrivé. Sous l'ancien régime, dans les grandes maternités — dont le Congrès de 1875 demandait la suppression; que les efforts combinés des administrations et des chefs de service ne parvenaient pas à assainir; qu'il eût fallu finir par fermer définitivement, parce que les fermer provisoirement ne suffisait pas — la mortalité était vraiment effrayante.

La mise en pratique des idées microbiennes a coupé court aux ravages du fléau, elle a changé l'état désolant des choses, et Tarnier (1), de vénérée mémoire, a traduit pour l'hôpital des Cliniques le changement dans un tableau saisissant, devant lequel il était si heureux d'amener ses visiteurs et que je place sous vos yeux.



Avant l'antisepsie : mortalité de 9.31 p. c.; — *depuis* : mortalité de 1.05 p. c ! — et comme il s'agit de statistiques honnêtes, non tripatouillées pour les besoins d'une thèse, et que Tarnier englobe tout dans ses chiffres, les femmes qui se suicidaient en se jetant par la fenêtre et celles qui mouraient d'éclampsie, d'hémorragie, de ruptures utérines, etc., il est bien permis d'affirmer, sans mériter le reproche d'exagérer, que la mortalité du fait de l'infection est réduite à zéro dans les maternités où l'antisepsie a détrôné la lancette!

(1) *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*. Paris, 1894, p. 29.

A tirer les conclusions des prémisses étiologiques, la thérapeutique moderne a fait une conquête sans égale dans l'histoire de la médecine. Elle nous a mis en mains les armes qui nous permettent d'écarter sûrement les épidémies de nos salles d'accouchées, et même — je vous en ai rapporté des exemples — de triompher d'un commencement d'infection. Il lui reste à nous fournir les moyens de lutter avec succès contre la septicémie établie, d'atteindre microbes ou toxines dans les profondeurs de l'économie et de les empêcher d'accomplir leur œuvre de foudroyante destruction. Y parviendra-t-elle jamais? Pourquoi non : la veine qui a déjà tant donné, ne me paraît pas encore épuisée.

Obéissant à ce que je crois un devoir de conscience, je vous ai apporté un fait qui m'avait profondément frappé et rempli d'espérances.

Une pauvre femme, accouchée dans mon service, présente les phénomènes les plus alarmants : stupeur typhique, langue fuligineuse, pouls filant, température à 40°,9 C.

La septicémie était évidente et, selon moi, au-dessus des ressources de l'art. J'appelai à mon secours mon Collègue M. Denys, dont je suis avec intérêt les remarquables recherches, et je lui dis : « Croyez-vous que vos contre-poisons puissent encore quelque chose pour cette malheureuse? » Il me répondit : « Je le crois et, dans tous les cas, on ne risque rien à les essayer. » — « Allez, lui dis-je, et si vous opérez le prodige de sauver cette femme, je le proclamerai aussi haut et aussi loin que ma voix portera ! »

Une injection de sérum antistreptococcique polyvalent est pratiquée et, comme par enchantement, en quelques jours, la femme guérit.

Voilà le fait. Je laisse à mon collègue M. Denys, plus compétent que moi, le soin d'expliquer le mécanisme de la cure. Mais comme clinicien, je la trouve merveilleuse, tout simplement, et je me borne à répondre à ceux qui refuseraient d'en attribuer tout l'honneur au sérum : Montrez-moi donc la femme que, sans sérum, vous seriez parvenus à faire revenir de si loin !

M. Crocq n'attaque pas cette observation, elle ne l'a pas frappé comme moi et il n'en parle qu'incidemment pour en tirer la preuve « qu'on rencontre encore des accidents puerpéraux dans les maternités et qu'on en meurt parfaitement ».

Je lui ferai remarquer : 1° que cette femme n'est pas morte ; 2° qu'elle était infectée *avant* d'entrer à la maternité et que l'antisepsie ne prétend pas avoir d'effets rétroactifs; 3° que j'eusse préféré l'entendre discuter le fait à fond, que parler à côté.

Tout son effort s'est porté sur les trois autres faits que j'ai cités, qui ne sont pas de moi, que je pourrais à la rigueur abandonner, mais que j'essaierai cependant de défendre contre des critiques imméritées.

Observation II. — L'infection, d'après M. Crocq, est problématique : parce qu'il s'agit d'un avortement à deux mois et demi, et parce qu'il ne voit pas où cette femme aurait pu être contagionnée.

La femme qui avorte ne peut-elle pas s'infecter tout comme la femme qui accouche? Et ne pas savoir par où est venue la contagion, empêche-t-il que la contagion existe? — Vingt-quatre heures après un curettage qui a abaissé la température à 38°,5 (je souligne ces *vingt-quatre heures*), tout à coup, il se produit une flambée effrayante, *inflammatoire* dit M. Crocq. Non, pas : certainement, évidemment *infectieuse*, témoins les grands frissons, le pouls filant à 150 et une température à 41°,5 ! Si ce n'est pas là de l'*infection*, il n'y en a plus.

On injecte le sérum et huit heures plus tard la température est déjà descendue de deux degrés; le jour suivant elle est à 38°, et le surlendemain, normale !

M. Crocq, qui n'a pas vu entrer le microbe, ne voit pas non plus l'action du sérum : il la déclare égale à zéro.

Dans l'observation III, le premier sérum employé, le bivalent, lui semble plutôt ranimer un mouvement fébrile qui tendait à s'éteindre. Soit, j'admets que ce sérum bivalent n'a pas atteint la cause, mais le sérum *polyvalent*, lui, l'a atteinte et en a triomphé tout de suite; en trois jours, il fait tomber la température de 39°,4 à 38°, puis à 37°.

M. Crocq voit l'insuccès du premier ; il ne voit pas le succès du second et, encore une fois, pour lui, l'action des sérums égale zéro.

Dans l'observation IV, de nouveau un raclage est accusé d'avoir produit tout le mal. C'est *parce* qu'on a raclé que le thermomètre

monte ! — je crois plutôt que c'est *malgré*. La curette cherche à enlever les germes infectants, mais elle ne les entraîne pas toujours tous ; quel moyen réussit toujours ? Et alors, quoi d'étonnant que sur la surface dénudée s'établissent de nouvelles colonies microbiennes, engendrant de nouvelles infections ?

Ce qui me paraît important à retenir de l'observation IV, c'est que, en quelques jours, le sérum polyvalent a ramené la température de 39°,5 à 36°,5.

Quatre faits heureux ne suffisent pas pour établir l'infaillibilité d'une méthode, et j'attendrai, pour conclure, que d'autres faits soient venus confirmer les promesses des premiers. Cela ne tardera sans doute pas longtemps, car je puis déjà en produire quatre nouveaux.

OBSERVATION V. — (A paru déjà dans la *Revue* V. p. 201).

OBSERVATION VI. — Il y a trois semaines, le hasard m'a conduit auprès de la femme d'un jardinier, accouchée de l'avant-veille. Son état me paraît si grave que je me presse d'écrire à son médecin, le Dr Valvekens, de Rillaer : « Votre malade me paraît perdue ; essayez tout de suite le sérum. » Le médecin suivit mon conseil, et j'ai revu avant-hier cette malade debout, vaquant aux soins de son ménage.

Je dois à la vérité de dire que l'injection a été suivie d'un accident : elle a provoqué dans la peau un abcès, dont il ne reste plus que la trace aujourd'hui.

OBSERVATION VII. — M. le Dr A. Vermer fils, de Beauraing, encouragé sans doute par la lecture de nos *Bulletins*, a voulu essayer du moyen qui m'avait si bien réussi, et il m'a adressé le 27 de ce mois la relation suivante :

« Mme X..., primipare, 20 ans, s'est accouchée le 11 juillet dernier. C'est une personne lymphatique qui a présenté pendant sa grossesse de la vaginite : l'enfant a de l'ophtalmie purulente.

» Le 16 (donc au cinquième jour), douleurs vives dans la fosse iliaque droite, céphalalgie, soif; puis le calme renaît pour quarante-huit heures.

» Le 19, je suis appelé : les douleurs ont reparu dans le flanc; les maux de tête et la soif aussi; il y a eu des frissons et de la diarrhée; lochies abondantes, mais non fétides; le pouls est à 120 et la température à 39°.3. Le soir, la malade ne se plaint plus guère; elle est

somnolente, tourmentée de cauchemars et ne répond que difficilement aux questions; le pouls marque 120 et le thermomètre 40°.4.

» A 11 heures du soir, je suis en possession de 100 grammes du sérum antistreptococcique de M. Denys et je les injecte aussitôt. A 2 heures de la nuit, légère agitation nerveuse, puis sommeil assez calme.

» Dans la matinée, l'état paraît s'améliorer un peu, mais le soir j'ai la surprise et la joie de constater un changement complet et merveilleux : il n'y a plus dans le ventre qu'un peu de sensibilité à la pression; le pouls est à 90 et la température à 37°.4 ! Avant mon arrivée, ne consultant que son instinct, la femme a mangé une tartine. Elle me reçoit en souriant et ne se plaint que de la piqûre que je lui ai faite. Le lendemain la température est à 37°.6 le matin, à 37°.1 le soir. A partir de ce moment, les couches sont absolument normales. »

M. Vermer m'a écrit depuis qu'à la suite de l'injection, le 11e jour, il s'est produit une poussée d'urticaire et de douleurs articulaires qui a duré 36 heures.

Observation VIII. — Pour ne pas concerner une femme en couches, le fait suivant n'en est pas moins intéressant.

Il y a quelques jours, à Louvain, un étudiant de candidature, disséquant le cadavre d'une femme morte en quelques heures d'une péritonite post-opératoire, se fait une petite piqûre : la main enfle aussitôt, les lymphatiques du bras se gonflent, les ganglions axillaires s'engorgent et la température monte à près de 41°. Cet étudiant n'était-il pas en un péril extrême ? Une injection de sérum l'en a tiré en quelques heures. Mon honoré collègue dira-t-il que le sérum a fait zéro ?

Au cours d'une autopsie, il peut lui arriver de se faire une mauvaise piqûre et de s'inoculer quelqu'un de ces microbes auxquels il attribue le rôle inattendu de balayeurs de déchets ou de vidangeurs providentiels. Dieu le garde de ce redoutable accident ! mais s'il lui arrivait cependant un jour, j'espère qu'il ne m'obligerait pas de recourir à la force pour lui appliquer tout de suite le remède auquel l'étudiant a dû son salut.

Je ne parviens pas à écarter en ce moment de mon esprit une

douloureuse pensée : si le sérum antistreptococcique avait été connu en 1876, mon père, qu'une streptococcie contractée au lit d'un malade a enlevé en pleine vigueur, serait peut-être encore ici parmi nous.

Je termine. Dans ces dernières années, les sciences médicales ont subi une radicale et merveilleuse transformation. On ne se doutait pas qu'en étudiant les ferments ou les maladies du ver à soie, Pasteur allait révolutionner la clinique, guérir la rage, le tétanos, préserver du charbon, chasser le pus des services de chirurgie et l'infection des salles d'accouchement. Des horizons nouveaux s'ouvraient tout à coup aux recherches des hommes de science : la bactériologie était née.

Elle a appris aux accoucheurs la nature vraie des accidents des couches, elle leur a fait voir les agents qui tuent, par où ils attaquent, comment on peut les repousser.

Devant les nécrologues de la thérapeutique ancienne, la mise à l'essai des notions nouvelles s'imposait comme un devoir d'humanité : l'essai a dépassé les espérances et les théories microbiennes ont aujourd'hui déjà sauvé plus de mères que la guerre franco-allemande n'a coûté de vies d'hommes ! Ces bienfaits m'inspirent de l'admiration, de la reconnaissance et même un enthousiasme dont je ne me défends pas.

Pour M. Crocq, elle reste « néfaste, l'influence des théories microbiennes » !

Les agents pathogènes que la bactériologie nous a appris à tenir écartés des plaies génitales et même à en expulser, il lui restait à les poursuivre et à les atteindre dans le sang lui-même. Y parviendra-t-elle ? — Les faits que je vous ai rapportés m'autorisent sans doute à l'espérer fermement. *(Applaudissements.)*

OBSERVATION DE MÔLE HYDATIQUE.

M. le Dr A. Vermer fils, de Beauraing, nous adresse l'observation suivante :

Mme X., primipare, enceinte de 6 à 7 mois, avait eu plusieurs hémorrhagies (3 à 4) qui semblaient coïncider avec les époques mens-

truelles. Le 26 mars, une nouvelle perte de sang, plus grave que les précédentes, nous appelle, mon père et moi, auprès de cette femme. Après avoir fait rapidement un tamponnement provisoire pour parer au plus pressé, nous examinons le ventre qui est fortement et uniformément développé; la matrice, qui a beaucoup grossi dans ces derniers jours, remonte à l'épigastre; nous croyons sentir des inégalités dans cette grosse et molle tumeur.

Après avoir pris les dispositions nécessaires et fait une antisepsie rigoureuse, nous retirons le tampon : plus de sang, le col effacé présente une ouverture large comme une demi-paume de main; nous y sentons une masse molle et friable que nous prenons pour un placenta engagé.

La femme est fort pâle, en demi-syncope et mon père, refoulant ce placenta, force des doigts le col qui s'ouvre assez facilement. « Je ne sens pas la tête, dit-il, bientôt; elle doit être bien haut. » — « Et les pieds ? » — « Non plus. » — Sa figure, pendant que sa main tâtonne dans tous les sens, exprime une surprise croissante. — « Je ne rencontre ni poche, ni tête, ni pieds et je tiens une masse de chair que je vais essayer d'amener, car je me fatigue (il a 81 ans) et ainsi nous saurons à quoi nous en tenir. »

C'était un mélange de caillots et de substance gluante, avec des vésicules rappelant des grains de raisins : une môle hydatique. — « Allons chercher le reste... » Le reste remplit un seau.

Le mari stupéfait ne peut en croire ses yeux : « Qu'est-ce que tout cela ? On dirait des œufs de grenouille ! » — « Oui, dit mon père, et vous êtes un fameux crapaud ! »

La môle pesait 7 livres et demi.

La nuit qui suivit l'accouchement, quelques vésicules continuèrent à être expulsées. Le lendemain également. Je fais alors une grande injection intra-utérine d'eau sublimée.

Les lochies sont rares, le pouls le lendemain est monté à 100, la température à 38°5.

Le 21, le pouls est à 110 et température 39°5, les lochies sont fétides, Injection intra-utérine et curettage qui ramène un liquide épais, louche et contenant encore quelques vésicules.

Le 24 au soir, pouls à 90, température 38°2.

Le 30, le pouls est tombé à 80, la température à 37°4.

Après quelques légères oscillations les jours suivants, la femme se remet rapidement et dix jours après son accouchement elle reprend ses occupations. Elle avait du lait, mais très peu et il disparut bientôt. Dr E. H.

LE MARIAGE DES TUBERCULEUX.

Le médecin à qui se pose la question du mariage entre sujets tuberculeux, se trouve d'ordinaire dans l'hésitation ou la perplexité la plus grande. Soit que les deux parties en présence aient également souffert de la maladie, soit que l'une d'elles seulement lui ait payé son tribut, il se trouve désorienté par la diversité extrême des cas et les conditions infiniment variables où se trouvent ses malades. En vue de guider le médecin et en même temps pour diriger les malades eux-mêmes et les éclairer sur leur situation, nous avons publié récemment un travail (1) que nous nous permettons de résumer.

Mais, avant d'aller plus loin, nous désirons attirer l'attention sur un système assez original, développé par Reibmayr pour expliquer comment le mariage des tuberculeux, compris d'après les principes de l'hygiène et du bon sens, peut conduire à l'immunisation des races. D'après lui, l'être humain représenté par la série de ses descendants, et l'infiniment petit, le microbe, par ses myriades d'individus, se livrent une lutte incessante, depuis le moment où s'est faite l'infection, jusqu'au moment où s'est établie l'immunité. Et comment se produit cette infection première? Par un mécanisme bien simple. L'organisme humain, vivant au milieu des agents physiques, chimiques, biologiques les plus variés, peut, en vertu d'un état momentané d'affaiblissement, donner prise à l'action de ces facteurs et particulièrement aux attaques des infiniment petits. A ce moment, il ouvre la porte aux infections de toute nature. La contamination se

(1) *Contribution à l'étude du mariage des tuberculeux*, par le Dr Van Ysendyck. Bruxelles, 1898. (Lamertin, éditeur).

fait et l'organisme commence à lutter. Et Reibmayr ajoute : Cette lutte se continuera ainsi à travers plusieurs générations. S'il s'agit de la tuberculose, l'infecté engendre un tuberculisable. Mais après quelque temps l'organisme humain, secondé dans ses efforts par des conditions d'hygiène meilleures, résiste : il s'immunise. S'il engendre, il transmet à son descendant, d'une part la faculté de résister, mais d'autre part un organisme qui porte encore les traces de la lutte que ses ascendants ont soutenue.

Ainsi s'immunisent les races. Pour se régénérer, elles doivent s'allier à d'autres races dont le type s'est conservé ou, mieux encore s'est déjà refait. Ces races plus fortes, d'un sang immunisé, d'un type reconstitué, résistent jusqu'au moment où de nouvelles atteintes offensantes viennent préparer de nouveau le terrain à l'infection. Il semble que certaines races s'immunisent plus vite que d'autres, mais que le type de ces races se refait plus lentement.

Ces idées touchant l'immunisation des générations et des individus ont d'ailleurs trouvé un écho dans la littérature médicale française : Le d^r Marfan, parlant du lupus tuberculeux, dans le traité des maladies de l'Enfance, prétend que tout sujet porteur d'un lupus bien guéri ou d'une adénite d'origine tuberculeuse cicatrisée d'une façon définitive est indemme de tuberculose. M. Marfan pense qu'il y a là une sorte de vaccination créée par une première atteinte de tuberculose.

Arrivons à la question :

Un tuberculeux célibataire se présente au médecin. Doit-on lui conseiller le célibat ou le mariage? Telle est la forme ordinaire de la question.

En jetant un coup d'œil d'ensemble sur la question, nous adopterons une division essentielle : le tuberculeux est-il guéri, à l'état stationnaire ou bien ses lésions sont-elles à l'état d'activité? Il y a lieu ensuite de considérer les deux sexes séparément.

Lorsqu'un homme tuberculeux désire se marier, on s'assurera tout d'abord s'il est guéri ou non. La maladie existe-t-elle à l'état actif, on déconseillera le mariage. Si la guérison relative existe depuis assez longtemps, on permettra le mariage, à condition que la femme soit mise au courant de la situation. Si l'état stationnaire s'est déclaré, qu'il y a même quelque tendance aux rechutes, on ne peut permettre

le mariage que si le malade jouit d'une aisance suffisante et observe la vie hygiénique et régulière qui doit maintenir sa guérison stationnaire.

La question se pose tout autrement pour la jeune fille tuberculeuse.

On peut distinguer deux cas : celui où la tuberculose n'a pas encore existé d'une manière évidente, mais où elle est imminente, et celui où elle a déjà fait son apparition.

Dans le premier cas, il faut renvoyer la jeune fille en imminence de tuberculose, sans lui accorder la permission de mariage. Si la tuberculose n'est pas en jeu, l'état général, grâce à un traitement prophylactique et hygiénique bien suivi, se restaurera et rien ne sera perdu. Le mariage, à cette époque, pourra être permis, puisque les forces sont revenues.

S'il s'agit d'une tuberculose active, il faut déconseiller absolument le mariage. La cure dans les *sanatoria*, suffisamment prolongée pour amener l'apaisement des processus du poumon et des organes entrepris, suivie ensuite d'une observation médicale soutenue, fera décider du temps où l'on pourra permettre le mariage.

Enfin, — troisième cas — la jeune fille tuberculeuse a terminé sa cure avec succès : les lésions du premier ou du second degré sont arrêtées. Il faudra attendre encore un certain temps avant de permettre le mariage. Les moyennes du temps nécessaire seront données plus loin, ainsi que pour les hommes tuberculeux.

Parlons d'abord du *temps nécessaire à la cure*. Il est clair qu'il varie avec le stade auquel est parvenue la maladie ; mais on peut affirmer que pour la phtisie commune, le tuberculeux, à la première période, envoyé à la cure dès le début, guérit d'une façon relative, sept fois sur dix. Le temps nécessaire à la cure dans ces conditions est de six mois en moyenne, plus un mois de cure de transition, pendant lequel le malade passe insensiblement de la vie inactive et uniforme du *sanatorium* à la vie active et variable de l'existence ordinaire. Envoyé plus tard à la cure, le malade a moins de chances de guérison aussi complète. L'état stationnaire en est souvent la conséquence. Une cure de douze mois, plus deux mois de cure de transition, amènera la guérison à l'état stationnaire. Ces chiffres

dépendent d'une foule de circonstances encore, qui sont relatives au tempérament, à la constitution, à l'hérédité, à la nature des accidents de la maladie et enfin à l'esprit de soumission que le tuberculeux saura mettre à l'observance de sa cure et des prescriptions médicales.

Quand la cure est terminée, quel est le temps d'attente nécessaire avant d'autoriser le mariage ? D'une manière générale, il sera proportionnel au temps qu'a duré la cure. Ainsi, à partir du seizième mois (compté depuis le commencement du traitement, c'est-à-dire donc neuf mois après la fin de la cure), les tuberculeux du premier stade peuvent songer à contracter mariage. Ce chiffre n'est cependant pas invariable. Quant aux tuberculeux arrivés au second stade des lésions, Daremberg estime qu'il faut attendre cinq à six ans, avant de permettre le mariage (y compris le temps de cure). Le danger des récidives, si fréquentes vers la troisième année, les inconvénients et les caractères pathologiques qui accompagnent cet état, engagent le médecin à une observation médicale minutieuse, en même temps qu'à une sage réserve dans la décision à prendre.

Voyons maintenant ce qu'il advient si la tuberculose survient pendant le mariage.

Lorsque la tuberculose s'est déclarée en mariage et a été *soignée* de bonne heure, la maladie n'exige pas plus de temps pour se guérir et s'améliorer, que lorsque le sujet n'est pas marié. Nous excluons naturellement les cas où la maladie s'est déclarée à la suite de la reproduction chez la femme et dont la gravité est démontrée. Si la maladie se déclare, l'isolement dans un sanatorium, sera la première et la plus sage des conduites. Et pourquoi isoler ces malades? parce que le danger de la contagion entre époux, entre les enfants et les parents, et les exigences de la guérison l'exigent.

Nous sommes conduits ainsi à examiner la question de l'étiologie de la tuberculose.

La notion de l'hérédité tuberculeuse est établie et admise dans la science ; mais l'enfant vient-il au monde tuberculeux ou tuberculisable? On admet que l'enfant est rarement tuberculeux, mais qu'il nait tuberculisable. Cette affirmation elle-même est sujette à erreur. Car, si tous les enfants des tuberculeux contractaient la maladie, sans autre condition que de rencontrer un bacille tuberculeux,

notre race, dégénérée, abâtardie, infectée, aurait depuis longtemps succombé. Il n'en est pas ainsi cependant. Si l'on a signalé dans ces dernières années la diminution du nombre des tuberculeux en Allemagne, cela tient naturellement à l'amélioration des conditions d'hygiène et d'organisation sanitaire dans ce pays, mais aussi à la résistance de certains enfants issus de parents tuberculeux.

Sans doute, il faut pour s'infecter de tuberculose un terrain prédisposé, mais cela ne suffit pas et ordinairement la tuberculose, maladie insidieuse, s'installe à l'occasion d'une perte de résistance momentanée ou durable; dans ces conditions, la contagion, d'après le mécanisme expliqué par le prof. Pflügge de Breslau, se ferait et l'enfant prédisposé ou toute personne prédisposée et affaiblie qui approche un tuberculeux à lésions actives, s'infecterait de tuberculose par ses voies respiratoires.

La tuberculose se prend-elle par ingestion? c'est probable; mais peu prouvé. La contagion par la peau n'est-elle même probable que pour autant que les épithéliums aient été éraillés. On comprend ainsi que, lors même que la prédisposition héréditaire existe, il faut encore des conditions spéciales d'infériorité physiologique de la part des sujets qui habitent dans un milieu infecté de tuberculose, pour la prendre. D'autre part en ce qui concerne le tuberculeux infectant, il est clair que si les lésions sont actives, si le malade contagionne directement par sa salive, par ses crachats, ou même par ses mains et les objets qu'il emploie, les voies respiratoires de ceux qui habitent avec lui, le danger est singulièrement augmenté pour ceux-ci. — Pour éviter le danger du séjour des tuberculeux dans la société, l'isolement est encore une mesure de prophylaxie efficace. La phtisie affecte, sans aucun doute, un caractère héréditaire; elle se transmet dans les familles, et doit durer un temps plus ou moins long avant de produire l'immunité. Cet espace de temps, qu'elle prélève comme un tribut sur la vie des individus et les sociétés modernes, ne peut être raccourci que par la résistance plus grande de l'organisme. Pour elle, pas de médicaments : l'hygiène, la vie régulière et rationnelle, pendant laquelle le malade peut lutter de toutes ses forces, contre l'ennemi qu'il recèle et dont il prépare tous les jours la défaite. Le jour où cette victoire est assurée, le tuberculeux n'est plus dange-

reux pour sa famille et pour la société. Il transmettra, il est vrai à ses descendants un organisme taré, moins résistant, moins développé d'après le type normal, physiologique; mais la crainte d'une maladie longue et opiniâtre pourra être conjurée.

Nous résumons :

Le médecin consulté sur la question du mariage d'un tuberculeux, examinera avant tout s'il y a guérison. Le phtisique célibataire non guéri, principalement s'il s'agit d'une femme, ne peut se marier. Au contraire, si la guérison relative existe, il faut permettre le mariage, à condition que le temps de guérison ait déjà duré neuf mois, après une cure de sept mois.

Le malade devra dans tous les cas s'astreindre à la vie régulière et hygiénique. Si l'état stationnaire s'est déclaré, l'adhésion sera moins franche. On exigera d'abord une cure suffisamment prolongée, c'est-à-dire un traitement ayant duré quatorze mois, suivi alors d'une observation soutenue, au cours de laquelle la fièvre et les rechutes doivent disparaître graduellement et faire place à un état stationnaire satisfaisant (peu de toux et d'expectoration, état de forces suffisant). Cet état bien établi pendant plus de trois ans, présente des garanties sérieuses pour l'avenir. Dans le cas où le sujet présente des rechutes on attendra cinq à six ans. On comprend aisément que les conditions extrinsèques au mariage, telles que la vie hygiénique et rationnelle, l'aisance nécessaire à la vie etc., devront être exigées. Si c'est un homme, il devra éviter les fatigues de sa profession et pratiquer la modération. Si c'est une femme, elle ne pourra enfanter que lorsque ses forces sont revenues; autant que possible on tâchera que les grossesses soient espacées de deux ans en moyenne. On surveillera les grossesses, on observera les couches, on défendra l'allaitement.

Après l'accouchement on engagera les malades ou les prédisposées à la cure d'air et au repos. On évitera d'unir deux sujets tuberculeux ou prédisposés. S'il y a des enfants, les parents éviteront de leur communiquer la tuberculose en isolant leurs expectorations, en pratiquant la désinfection à l'occasion et en usant de prudence envers eux.

Nous finirons en répétant le conseil d'un phtisiothérapeute bien connu : « Le médecin doit exposer clairement la situation aux intéressés et les laisser libres de décider. »

Dr VAN YSENDYCK.

DE LA PATHOGÉNIE DE LA TUBERCULOSE.

Dans sa thèse analysée dans le *Bulletin médical*, le d[r] Küss a envisagé la question de l'hérédité de la tuberculose au point de vue de l'hérédité du germe, laissant systématiquement de côté l'étude de l'hérédo-prédisposition.

La question est très complexe : elle touche à une foule de points délicats sur lesquels la science n'est pas encore complètement fixée, tels que la virulence du sang des tuberculeux, la structure et la perméabilité du placenta, l'infectiosité du sperme des phtisiques, les portes d'entrée du bacille dans l'organisme et ses voies de dissémination, etc.

Toutefois, en passant en revue l'état actuel de nos connaissances, l'auteur est arrivé à un certain nombre de conclusions.

1° *Infection par le sperme.* Le sperme des tuberculeux sans lésions génitales n'est probablement pas virulent; l'observation humaine, comme l'expérimentation directe, conduit à cette manière de voir; d'ailleurs, même si le sperme des phtisiques renfermait des bacilles, ceux-ci ne sauraient contaminer l'ovule, puisque, dans les conditions expérimentales les plus favorables, chez les animaux les plus sensibles à la tuberculose, on n'a pas réussi à tuberculiser le fœtus en prenant comme reproducteurs des mâles à sperme bacillisé.

2° *Infection par l'ovule.* L'hérédité morbide d'origine maternelle, par l'intermédiaire de l'ovule, semble devoir être rejetée, non pas qu'elle soit théoriquement impossible, comme on l'a prétendu ; mais l'étude minutieuse des faits est absolument défavorable à cette hypothèse.

3° *Infection par le placenta.* L'hérédo-contagion de la tuberculose, c'est-à-dire la transmission placentaire du germe, n'est contestée par personne; elle est démontrée par une quarantaine de cas avérés de tuberculose congénitale dans l'espèce humaine et par une centaine de cas semblables chez les animaux; le point important serait de savoir quelle est sa fréquence.

Sur ce point on discute, et on discutera encore longtemps. Sans doute, il est démontré que des tubercules macroscopiquement appréciables sont absolument exceptionnels chez les nouveau-nés, mais ce serait connaître bien mal la question que d'en conclure, par cela même, à la rareté de l'infection bacillaire du fœtus.

En effet, sans discussion possible, la bacillose fœtale peut exister sans créer de lésions macroscopiques ni même histologiques; donc, ce qu'il faudrait connaître, ce serait la proportion des tuberculoses congénitales sans lésions à la naissance. Or, cette proportion est à peu

près ignorée; les résultats négatifs des inoculations n'ont, à ce point de vue, qu'une valeur médiocre; les cas négatifs, publiés en grand nombre, prouvent qu'une infection bacillaire généralisée du fœtus est exceptionnelle; ils ne renseignent pas sur la fréquence possible d'une bacillose limitée; seules, des inoculations de la totalité du fœtus auraient une signification précise. Dans les cas où elles ont été faites, elles ont donné une proportion inattendue de bacilloses fœtales; mais, pour des raisons diverses que développe l'auteur, on n'a pas le droit de conclure de ces expériences, faites chez des animaux de laboratoire, à ce qui se passe dans l'espèce humaine. Il faudrait réaliser ces recherches avec des fœtus humains, ce qui est à peu près impossible.

C'est seulement d'une manière indirecte qu'il est possible d'établir les conditions qui président à l'infection du fœtus par la voie placentaire.

En premier lieu, il est permis de dire que *l'infection du fœtus est nécessairement subordonnée à l'infection du sang de la mère.*

Or, le bacille de la tuberculose humaine ne séjourne pas volontiers dans le sang des mammifères; même chez le cobaye atteint de tuberculose généralisée à la période non cachectique, Küss a démontré que le sang n'est pas virulent; néanmoins, chez les phtisiques, des *traversées bacillaires du sang* ont lieu assez souvent, et ainsi il n'est pas impossible que les bacilles parviennent au placenta. D'ailleurs, en fait, la tuberculose héréditaire n'a pas été observée seulement chez des femmes atteintes de granulie ou de phtisie grave; elle a été rencontrée aussi au cours de tuberculoses relativement bénignes, avec survie prolongée, ou chez des femmes n'ayant qu'une tuberculose limitée à l'appareil génital interne. On ne peut donc pas conclure de la rareté d'une bacilhémie intense et continue à la rareté de l'infection fœtale; peut-être, chez les tuberculeuses enceintes, survient-il quelquefois des tuberculoses placentaires minimes, faciles à méconnaître, capables pourtant d'occasionner une contagion intra-utérine.

En second lieu, il faut admettre que *chez la femme, la tuberculose n'infecte qu'à la condition de créer tout d'abord des lésions placentaires.* De plus, il est assez probable que le placenta est un mauvais terrain de culture pour le bacille de Koch. Si ces points étaient formellement établis, on pourrait repousser *ipso facto* la fréquence de l'hérédo-contagion.

Sans doute, la grande fréquence, actuellement démontrée, de la tuberculose de la première enfance, a été considérée comme un argument en faveur de l'hérédité du germe; mais cette fréquence augmente avec l'âge; en synthétisant les principales statistiques publiées, on voit que le pourcentage des tuberculoses appréciables aux

autopsies est de 0,9 p. c. dans les trois premiers mois, de 5 p. c. dans la première année, de 10 p. c. de trois mois à un an, de 21 p. c. de un à deux ans, de 40 p. c. de deux à quatre ans. Il y a là un argument sérieux en faveur de la théorie contagionniste.

Il est vrai que les partisans de l'hérédité ont répondu à cette objection ; d'abord, il se pourrait qu'une partie des sujets reconnus indemnes par les statistiques étaient porteurs de foyers de tuberculose latente, qui, par suite des bonnes conditions hygiéniques, restaient momentanément inoffensifs.

Puis, on est exposé à rapporter immédiatement à la contagion des tuberculoses qui en réalité relèvent d'une localisation secondaire aux dépens de vieux foyers restés latents de longues années. Ce rôle de l'auto-infection est très important. Beaucoup de tuberculoses de l'âge adulte ou de la seconde enfance remontent sans doute à des foyers anciens plus ou moins précoces.

Reste à savoir si ces foyers sont dus, comme le prétend Baumgarten, à une infection fœtale. On est amené ainsi à les étudier en eux-mêmes. On s'aperçoit alors que leur origine congénitale ne saurait être admise ; leur disposition régionale démontre qu'ils relèvent d'une contagion extra-utérine, et que *la porte d'entrée de l'infection est d'ordinaire l'appareil bronchique.*

Ce n'est pas lorsque ces lésions sont avancées que leur interprétation étiologique est possible, mais il arrive dans quelques cas qu'on peut reconstituer les étapes successives de l'infection bacillaire. On voit alors que, dans la grande majorité des cas, la tuberculose cliniquement constatée est une affection *secondaire* à une tuberculose larvée ou latente revêtant la forme de la tuberculose d'inhalation.

Cette tuberculose d'inhalation, sur laquelle Küss s'étend longuement, est absolument superposable à la tuberculose d'inoculation sous-cutanée du cobaye ; elle est représentée par un nodule pulmonaire minuscule, généralement isolé, siégeant à la base ou à la partie moyenne, et commandant à une adénopathie interbronchique et médiastine. L'âge réciproque de ces lésions indique une infection simultanée du parenchyme et du médiastin, et leur topographie élimine l'hypothèse d'une infection rétrograde.

La tuberculose d'ingestion est infiniment plus rare que la tuberculose d'inhalation.

L'infection de l'économie par pénétration bacillaire, au niveau des cavités buccale, nasale ou pharyngienne, ne paraît jouer qu'un rôle négligeable dans l'étiologie de la tuberculose du premier âge.

Les tuberculoses chirurgicales ne sont pas des affections primitives, contrairement aux apparences cliniques : elles sont presque

toujours secondaires à une tuberculose médiastino-pulmonaire d'inhalation ou plus rarement à une tuberculose mésentérique d'ingestion.

En résumé, l'étude anatomo-pathologique des tubercules infantiles, entreprise spécialement au point de vue étiologique, démontre que *l'immense majorité des tuberculoses de l'enfance sont acquises par contagion*. Or, la protection contre l'invasion bacillaire est réalisable, quoi qu'on en ait dit. En mettant les fils de tuberculeux, dès leur naissance, dans un milieu exempt de tout bacille, on les préserve de la maladie d'une manière à peu près certaine; les précautions à prendre contre une contamination précoce sont d'autant plus importantes que, dans le jeune âge, l'invasion bacillaire est toujours sérieuse, souvent fatale, surtout chez les enfants d'individus organiquement tarés. L.

MASSAGE DANS LES MALADIES DU CŒUR.

Dans les cardiopathies valvulaires en période d'asystolie ou les cardiopathies artérielles occasionnant de la dyspnée, une sensation de barre épigastrique ou même des accès d'angine coronarienne, les seuls moyens du traitement physique auxquels on soit autorisé à recourir sont le massage et les mouvements passifs.

Le traitement par le massage est particulièrement apprécié par le dr Huchard et un de ses élèves, le dr Piatot, en a donné la technique détaillée.

Le massage est toujours fait sur le lit, au début du traitement du moins, pour éviter toute fatigue, essoufflement et excitation du cœur. On note, avant, la fréquence du pouls, la pression artérielle et on prend, si possible, un tracé sphygmographique. On commence toujours, pendant 4 ou 5 minutes, par du massage ou pétrissage du ventre; puis, suivant les cas, par de l'effleurage et du massage général (affections valvulaires), ou par du pétrissage des membres (affections artérielles).

Plus tard, le malade peut se lever et on le masse alors sur un plint, dont le dossier peut être soulevé plus ou moins et sur lequel se place le malade. Au massage général et abdominal, on ajoute ou des vibrations du thorax faites à la main, ou des mouvements d'inspiration forcée ou du massage local du cœur.

Parlons d'abord du *massage abdominal*.

Le malade est en position demi-couchée, les genoux relevés, les reins et le bas du dos appuyés sur la partie horizontale du plint; la tête et les bras bien fixés, de façon que les muscles abdominaux soient complètement relâchés. Le gymnaste assis à la droite du malade

applique sa main droite au milieu du ventre et exécute le pétrissage complet, doucement et profondément, de tout le paquet de l'intestin grêle, en exerçant une pression combinée à de petits mouvements circulaires. Le mouvement se continue dans le flanc droit par le pétrissage du gros intestin pour se terminer à gauche; la main ne doit pas quitter la paroi abdominale et n'avancer que petit à petit. Lorsque la paroi abdominale est très épaisse, il est bon de s'aider de la main gauche en l'appliquant sur la droite.

Quant au *massage général*, il comprend en premier lieu l'*effleurage* qui se pratique chez les *malades ayant de l'œdème* des membres. L'effleurage consiste en un mouvement allant de la périphérie au centre, c'est-à-dire dans le sens du courant des vaisseaux lymphatiques et des veines. Il s'exécute avec la face palmaire des mains, L'effleurage dure de 4 à 5 minutes, il a un effet mécanique sur le cours du sang veineux et un effet réflexe encore mal connu.

Le massage général comprend encore le *pétrissage des muscles* qui se fait au moyen de la main entière ou des doigts seuls, suivant le volume des masses musculaires. Les muscles doivent être complètement relâchés et souples; c'est un des meilleurs moyens de dérivation du sang pour abaisser la pression artérielle.

Pour les *vibrations communiquées au thorax*, on procède par hâchement, exécuté avec le bout des doigts ou avec le rebord cubital du petit doigt, ou avec la surface dorsale des trois derniers doigts, ou enfin avec le bord cubital de toute la main ; on marche de haut en bas du dos, en commençant aux épaules et en descendant le long de la colonne vertébrale, une main frappant de chaque côté.

La vibration proprement dite, manuelle ou produite par des machines (percuteurs et vibrateurs), agit sur la circulation sanguine, soit directement, soit par la voie des réflexes vaso-moteurs. La vibration latérale du thorax ne doit être imprimée que pendant l'expiration, et le malade fait une inspiration profonde avant que le mouvement ne s'exécute.

Quant aux *mouvements d'inspiration forcée* ou d'extension du thorax, ils se font en saisissant le malade par les bras au niveau de l'épaule et en attirant fortement ceux-ci en arrière et légèrement en haut.

A la fin du traitement, on ajoute des *mouvements passifs*, tels la flexion, l'extension, l'abduction, l'adduction, la rotation et la circumduction des membres.

Dans des cas particuliers, on pratique le *massage local du cœur*, surtout dans les troubles fonctionnels, et ainsi on voit disparaître de l'excitation cardiaque, de l'arythmie ou de la précordialgie.

Les résultats du traitement chez des malades gravement atteints et arrivés à une période avancée de leur affection ont été en particulier les suivants : résorption des œdèmes qui disparaissent souvent au bout de trois ou quatre jours ; disparition des congestions passives de la circulation abdominale ; diurèse abondante au bout de deux ou trois jours ; action sur la circulation générale, sur la respiration et sur certains phénomènes angineux.

Il faut être prévenu que le massage, dans les premières séances, produit chez les malades des sensations de courbature et de fatigue qui en général disparaissent vite ; il y a cependant des sujets qui n'acceptent pas ce traitement.

Parmi les *contreindications*, il faut signaler toutes les *affections aiguës* du cœur, endocardite, péricardite, myocardite ; la méthode serait dangereuse dans les cas de *thrombose cardiaque*; elle est impossible en cas d'*ascite*, de *varices volumineuses* et turgescentes sur un membre œdématié.

En fait d'*indications*, le massage est applicable à presque toutes les affections du cœur, à une période quelconque de leur évolution : il est surtout indiqué quand les malades sont condamnés au repos, car rien n'est plus funeste que l'immobilité absolue chez des sujets à circulation languissante.

Il est indiqué en particulier dans les affections valvulaires, au début de la période de décompensation au moment où apparaissent la dyspnée d'effort et la diminution des urines, puis, dans les cardiopathies artérielles, *au début de l'artério-sclérose*, et enfin dans certains troubles fonctionels.

La *durée* du traitement est variable suivant l'intensité des troubles et surtout leur ancienneté, 3 à 4 semaines environ. En règle générale, il est bon de ne pratiquer du massage chez les cardiaques que tous les deux jours au début.

Puis, quand le malade est familiarisé avec l'application de ce traitement, on peut le faire quotidiennement ; même alors, il sera utile de laisser reposer le malade et de le laisser sans traitement, une journée tous les cinq jours.

Quand on observe, au cours du traitement, une accélération du pouls ou une gêne de la respiration, il faut interrompre le massage ; la durée par séance ne doit pas dépasser 15 ou 20 minutes.

L.

LE MASSAGE ABDOMINAL DANS L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

Nous avons suffisamment laissé entendre, en analysant les communications du d[r] Albarran, que le traitement opératoire ne sera

jamais qu'un traitement très exceptionnel dans le cas d'hypertrophie de la prostate.

Le dr Noguès, dans un travail fait à la clinique du prof. Guyon, rappelle que l'obstacle apporté à l'émission des urines par l'augmentation du volume de la prostate est loin d'être le facteur le plus important des troubles fonctionnels, mais bien la congestion.

Il suffit pour s'en convaincre de suivre la filiation et l'étiologie des accidents chez les prostatiques : tout au début, on constate des difficultés de la miction qui s'exagèrent par le repos au lit et surtout par le sommeil; plus tard, ce sont les rétentions aiguës qui marquent le passage à la deuxième période et qui reconnaissent le plus souvent pour cause occasionnelle un repas trop copieux, un voyage en chemin de fer, une visite un peu longue pendant laquelle le malade a dû se retenir d'uriner, en un mot une circonstance quelconque qui a favorisé la congestion des organes pelviens.

De toutes les causes capables de provoquer et d'entretenir la congestion de la vessie, la plus importante est assurément l'état de plénitude de cette dernière.

Il découle de ces faits que la première indication dans le traitement de l'hypertrophie prostatique consiste à mettre en œuvre les moyens capables de régulariser la circulation et d'empêcher la stase sanguine au niveau des organes du petit bassin; dans la première période, alors que la vessie se vide encore, on aura recours aux médicaments régulateurs de la circulation périphérique, aux frictions sèches, à la balnéation de la prostate par les lavements copieux; dans la deuxième période, lorsque le muscle est devenu insuffisant pour expulser entièrement son contenu, les sondages sont prescrits : outre qu'ils préviennent les phénomènes d'infection, qu'ils apportent aux douleurs une atténuation notable par la suppression des besoins incessants, ils ont comme résultat non moins important de diminuer la congestion prostatique et de contribuer ainsi à faciliter le rétablissement du cours naturel de l'urine. Ce dernier résultat est dû en partie à la rectification de la traversée de l'urèthre profond, mais surtout au décongestionnement de la muqueuse prostatique; ces deux conditions réunies diminuent la résistance que le col oppose à la contractilité jusque-là insuffisante du muscle vésical.

L'auteur s'est demandé si on ne pourrait retirer aussi quelques bénéfices du massage, non pas du massage local, du massage isolé de la prostate par le doigt introduit dans le rectum;

D'après lui, il n'y a rien à attendre de cette façon de procéder, aucun des malades soumis à ce traitement n'en ayant retiré un bénéfice quelconque et il trouve plus rationnel le massage à distance, c'est-à-dire le massage abdominal.

Il aurait été démontré que pendant un massage abdominal il y a une dilatation des vaisseaux profonds viscéraux avec diminution de la pression périphérique. La circulation est donc activée dans la veine cave, et on conçoit que toutes les branches qui sont ses tributaires puissent plus aisément se déverser dans le tronc principal. Aussi, ne sera-t-on pas surpris de voir la circulation se régulariser non-seulement dans les veines du petit bassin, mais même dans les veines du membre inférieur.

Ce n'est pas là seulement une conception théorique; l'auteur a pu se rendre compte de l'action surprenante que le massage abdominal exerce sur les hémorroïdes : le premier bénéfice que les constipés hémorroïdaires retirent du massage est précisément une diminution ou même une disparition complète de leur bourrelet variqueux, et il ne faudrait pas mettre ce premier résultat sur le compte de la disparition de la constipation, car le cours des matières fécales ne se rétablit que secondairement, alors que les veines du rectum et de l'anus ont perdu leur état congestif.

Il semble également que ce soit par le même mécanisme qu'agisse le massage dans les affections utérines.

Dans ces conditions, pourquoi l'action qui s'exerce sur les veines du rectum, de l'utérus, des annexes, ne s'exercerait-elle pas aussi bien sur celles de la vessie et de la prostate? A la première période du prostatisme, la congestion joue, comme nous l'avons vu, le principal rôle; il n'y a pas encore de lésions anatomiques, et le moment est donc on ne peut plus opportun pour intervenir en régularisant la circulation.

Depuis plus d'un mois, le dr Noguès a soigné par cette thérapeutique un certain nombre de malades, et les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont des plus encourageants; les plus démonstratifs ont été fournis par des prostatiques à la première période. Chez eux on constate d'abord la suppression de la douleur qui accompagne la miction, bientôt l'émission de l'urine se fait facilement sans nécessiter le secours de la contraction abdominale, et, en dernier lieu, le nombre des fréquences nocturnes diminue.

Dans les périodes plus avancées, les résultats sont moins complets, mais encore appréciables. L.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU RÉGIME VÉGÉTARIEN.

Après avoir fait remarquer que le régime végétarien a pris, ces temps derniers, une place assez importante dans le traitement diététique de diverses maladies, le dr Romme en discute les indications dans la *Presse médicale*, d'après un travail du dr Strasser.

L'avantage considérable que les légumes ont sur la viande est celui de ne pas former ou de former peu de toxines dans le tube digestif; effectivement, on n'a presque pas à compter avec la décomposition des substances albuminoïdes dans l'intestin et la fermentation intestinale se fait principalement aux dépens des hydrates de carbone donnant surtout lieu à un développement de gaz; aussi l'indication générale du régime végétarien existe chaque fois qu'il y a un soupçon d'auto-intoxication d'origine intestinale; comme indication secondaire, on emploie souvent encore le régime végétarien, comme adjuvant du régime lacté.

En second lieu, il semble que le travail intime de résorption et d'assimilation s'effectue plus facilement avec les substances végétales qu'avec les aliments tirés du règne animal. Strasser invoque à l'appui de cette hypothèse la leucocytose alimentaire, qui serait beaucoup moins marquée après un repas végétarien qu'après un repas composé de viande.

Mais, à côté de ses avantages, le régime végétarien a des inconvénients : le principal réside dans l'insuffisance alimentaire des substances dont il se compose (céréales, légumes féculents, légumes herbacés, salades, fruits).

La valeur alimentaire des substances végétales est non seulement inférieure d'une façon absolue à celle des aliments tirés du règne animal, mais encore la *résorption* des principes nutritifs (substances albuminoïdes, matière grasse, sels) des légumes et des herbacées se fait moins bien que celle des principes nutritifs de la viande. Avec la préparation culinaire habituelle, on retrouve, d'après Strasser, dans les matières fécales d'un individu soumis au régime végétarien, 41 pour 100 de substances albuminoïdes, 30 pour 100 de graines et 56 pour 100 de sels, c'est-à-dire que *presque la moitié des principes nutritifs des aliments végétaux ingérés traverse le tube digestif comme un corps étranger sans être utilisée*, sans être résorbée ni assimilée.

La raison de ce fait est double. D'abord, dans les aliments végétaux, les principes nutritifs se trouvent inclus dans une sorte de coque de cellulose sur laquelle les sucs digestifs de l'homme ont peu de prise; en second lieu, dans le tube digestif de l'homme, qui n'est pas adapté à l'alimentation végétale comme celui des herbivores, les aliments végétaux restent trop peu de temps pour subir toutes les modifications nécessaires à leur absorption.

L'inconvénient résultant de l'absorption insuffisante des principes alimentaires des végétaux peut être évité par l'emploi des farines de légumes et de céréales, préparées industriellement, c'est-à-dire ne

contenant plus de cellulose. Dans ces conditions, le déchet, c'est-à-dire la proportion des principes nutritifs non assimilés, n'est plus que de 3 pour 100. Seulement, il faut remarquer que, sans parler des difficultés de l'alimentation par les farines, on perd le bénéfice de l'emploi des aliments végétaux en nature.

Le peu de valeur alimentaire des substances végétales a encore un autre inconvénient. Pour fournir à l'économie la quantité nécessaire de principes alimentaires, l'individu mis au régime végétarien doit manger beaucoup, c'est-à-dire ingérer une grande quantité d'aliments. Si un estomac et un intestin sain arrivent facilement à bout de la masse alimentaire, il n'en est pas de même lorsque l'un ou l'autre, ou les deux à la fois sont atoniques, c'est-à-dire frappés d'insuffisance motrice; en second lieu, la surcharge continuelle de l'estomac et de l'intestin, prolongée trop longtemps, peut amener à elle seule cet état d'atonie.

Indications. Le régime végétarien est tout d'abord indiqué *pour combattre la pléthore abdominale et générale.*

Il s'agit généralement d'individus de la classe aisée, adonnés aux plaisirs de la table, qui mangent beaucoup et boivent trop, font peu d'exercices physiques, sont obèses, vaguement goutteux, souvent artério-scléreux, pléthoriques, congestionnés, et en même temps nerveux ou même neurasthéniques. Il n'est pas rare de trouver chez eux de l'albuminurie sans néphrite véritable, de la glycosurie; presque toujours ils se plaignent de constipation opiniâtre.

Chez eux, le régime végétarien, exclusif, intégral, agit à la façon d'un lavage des tissus. On peut l'établir d'emblée, sans transition, en le composant de légumes féculents et herbacés, de céréales, de racines alimentaires, de salades, de fruits. Sous l'influence de ce régime, on voit progressivement la pléthore abdominale et générale disparaître, la constipation céder, les urates devenir moins abondants dans l'urine, celle-ci auparavant trop acide prendre une réaction neutre ou même alcaline, les phénomènes nerveux disparaître.

Pour produire tout son effet, le régime végétarien doit être continué pendant deux ou trois mois, ce qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir chez ces malades. On peut même dire que ce régime est celui auquel le malade devrait se condamner pour toute sa vie, car la rechute se produit infailliblement au bout de quelque temps, chaque fois que le malade reprend son ancien genre de vie. Et de rechute en rechute, ces malades deviennent, suivant leur tempérament, les uns franchement goutteux, d'autres brightiques, d'autres encore artério-scléreux.

Il arrive quelquefois qu'après huit ou quinze jours de régime végétarien, les malades qui y sont soumis présentent un affaiblissement

notable des forces. L'indication est alors formelle : il faut leur donner, une fois par jour, un peu de viande, mais pour neutraliser les effets de cette alimentation carnée, il est indiqué de renforcer le régime alimentaire en prescrivant du raisin à la quantité de 1 à 2 kilogrammes par jour.

L'*artério-sclérose* est ensuite une des meilleures indications du régime végétarien. Pas plus qu'un autre régime ou qu'une autre thérapeutique, le régime végétarien n'a la prétention de guérir l'artério-sclérose. Mais son avantage, particulièrement appréciable dans cette affection, c'est de mettre le malade à l'abri de l'auto-intoxication dont la gravité s'accroît de l'état des reins chez ces malades. En second lieu, il combat et fait disparaître la pléthore abdominale. Les effets du régime végétarien sont particulièrement marqués quand on l'emploie concurremment avec le régime lacté. Mais, il faut savoir que les artério-scléreux supportent mal l'usage prolongé des liquides.

Le régime végétarien est encore indiqué dans *certaines affections du tube digestif.*

Sans doute, dans les catarrhes aigus de l'estomac et de l'intestin, ainsi que dans les catarrhes chroniques avec dilatation considérable de l'estomac et sécrétions abondantes, ce régime ne peut qu'aggraver la situation. D'après Strasser, il réussirait par contre, admirablement, dans les dyspepsies nerveuses, dans les dyspepsies avec ou par atonie de l'intestin, et surtout dans les dyspepsies provoquées par une sorte d'anesthésie de l'intestin (Rosenheim), ayant pour résultat une constipation opiniâtre compliquée de coprostase.

Le régime végétarien doit être conduit d'une façon variable chez ces malades. Si l'on se trouve en présence d'un malade peu vigoureux, affaibli, présentant une atonie catarrhale du tube digestif, il est préférable de n'arriver au régime végétarien intégral que progressivement et de le faire suivre seulement pendant peu de temps, pendant trois à cinq semaines, suivant les résultats obtenus. Mais, si l'état des forces est encore satisfaisant et surtout s'il s'agit de malades atteints de dyspepsie nerveuse ou de dyspepsie par anesthésie de l'intestin ou tout simplement de constipation habituelle, le régime végétarien intégral doit être établi d'emblée et continué jusqu'à ce qu'il produise tout son effet.

Chez tous ces malades, mais principalement chez les dyspeptiques nerveux et les constipés, le régime végétarien peut être secondé par une *cure de raisin* (Hausmann). Il va de soi qu'une cure de raisin intense, comportant l'ingestion de 2 à 4 kilogrammes de raisin par jour, est incompatible avec le régime végétarien intégral. Cette cure est particulièrement utile dans les dyspepsies s'accompagnant de congestion du foie.

Une affection dans laquelle on est assez étonné de voir le régime végétarien donner de bons résultats, d'après Strasser, c'est la *chlorose*.

Les chlorotiques, qui éprouvent ordinairement un dégoût pour la viande, acceptent fort bien le régime végétarien, qui réussirait surtout combiné avec le régime lacté (Winternitz). Ce qui leur convient le mieux, ce sont les légumes verts, les légumes herbacés, les fruits ; les céréales et les pommes de terre réussissent moins bien.

Au début de ce régime, l'appétit se relève, et, au bout de quelque temps, on constate une amélioration de tous les symptômes. Il est difficile d'expliquer d'une façon précise la raison de cette amélioration. Peut-être le régime végétarien agit-il surtout en régularisant les fonctions de l'intestin, et pourtant l'amélioration survient aussi bien chez les chlorotiques avec parésie de l'intestin que chez ceux dont l'intestin fonctionne normalement. Peut-être faut-il compter avec la résorption et l'assimilation plus facile du fer des végétaux (épinards). Personnellement, Strasser pense que le rôle principal revient au *changement :* le régime végétarien, pour le tube digestif, serait ce que le changement d'air est pour les poumons.

Si les chlorotiques acceptent volontiers le régime végétarien, elles s'en fatiguent aussi très vite. Au bout de trois à cinq semaines, l'appétit devient moins vif et les malades se trouvent en danger d'hyponutrition.

Il faut alors revenir au régime ordinaire, d'autant que le bénéfice du régime végétarien est déjà acquis.

Il faut encore signaler les avantages du régime végétarien intégral ou mitigé dans les *néphrites*, le *diabète*, la *goutte*, certaines *dermatoses*.

Enfin chez les *obèses* gros mangeurs, ce régime a l'avantage de les maintenir dans un état d'hyponutrition aboutissant à l'amaigrissement, en leur permettant en même temps d'ingérer une grande quantité d'aliments pour calmer leur faim. Chez eux, on insistera sur l'usage des légumes ne contenant pas de grandes quantités de substances hydrocarbonées et on maintiendra l'équilibre alimentaire de l'économie par l'usage des œufs, du fromage, du lait au besoin.

L.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LA MÉTHODE DE FLECHSIG.

Le prof. Ziehen émet l'opinion que la méthode de traitement de l'épilepsie par l'opium et les bromures combinés, proposée il y a cinq ans par Flechsig, a rendu de grands services et fourni des résultats durables.

D'après lui, toutes les variétés d'épilepsies se prêtent à cette médication, les cas de petit mal ou de vertiges aussi bien que ceux de mal comitial classique.

Il ne faudrait pas non plus, en présence de l'inefficacité d'une cure préalable par les bromures seuls, conclure au rejet de la méthode combinée. La seule précaution à prendre, c'est de ne jamais commencer la cure chez les débilités avant d'avoir amélioré leur état général. Les affections cardiaques constituent enfin souvent une contre-indication.

L'auteur ne dépasse pas la dose de 80 à 90 centigrammes de *poudre* d'opium par jour; en employant l'extrait, on resterait à une dose moindre de moitié.

On débute par 15 centigrammes de poudre par jour, en trois prises. On augmente tous les deux jours de 0,01 par prise : il faut donc 7 semaines pour atteindre la dose maxima, Au cours du traitement, on supprime le tabac, les épices, l'alcool, le café, le thé, le bouillon : ce dernier aliment est surtout dangereux pour l'épileptique. On ne donnera de la viande qu'une fois par jour. Le repos physique et moral est nécessaire : tous les jours, un bain, de 10 minutes, à 30° : on descend peu à peu à 3 min. et 21°.

L'appétit, la température du corps, la fréquence du pouls diminuent au cours du traitement. La constipation sera combattue par le massage.

Dans la moitié des cas, la première phase de traitement n'exerce pas d'influence sur le nombre et l'intensité des accès. Dans un tiers des cas, le nombre des accès diminue; dans quelques cas rares, il y a aggravation au début.

Quand le cycle de l'opium est arrivé à sa fin, on supprime brusquement la drogue et on donne 6 à 9 gr. de bromure par jour. Cette pratique, que l'auteur juge, avec Flechsig, capitale pour la bonne réussite du traitement, doit être exécutée, le malade étant condamné, au début, au repos au lit absolu. La fréquence du pouls augmente immédiatement. Il faut minutieusement régler à ce moment l'alimentation, pour éviter des crises de diarrhée; l'appétit est souvent exagéré.

Les bromures seront administrés pendant une année entière et à doses élevées : on peut, dans certains cas, diminuer les doses, mais d'une façon passagère seulement. Cette seconde période du traitement est plus dangereuse que la première, car l'action des bromures est nettement cumulative.

Les accidents sérieux sont la faiblesse du cœur, l'anurie, la somnolence : il faut, au début du traitement, toujours examiner le réflexe cornéen dont la diminution ou la suppression est le meilleur signe d'intoxication menaçante.

Entre le 3[e] et le 5[e] jour du traitement bromuré, on peut faire lever le malade : le traitement balnéaire n'est supprimé que pendant les 8 premiers jours.

Le malade doit-il être placé, pour cette cure, dans un asile ? Cette condition n'est pas indispensable quand il n'existe aucune psychose épileptique, mais il est certain que, hors des asiles, les malades sont moins surveillés. En cas de guérison, il faut continuer pendant plusieurs années le bromure, et c'est ce que n'observent pas souvent les malades, d'où possibilité de récidives.

En tous cas, la méthode constitue, selon l'auteur, un progrès considérable : si l'épilepsie reste toujours difficile à guérir, on peut compter beaucoup plus souvent qu'avec les anciens procédés sur de remarquables améliorations. L.

DE LA PARALYSIE DIPHTÉRITIQUE ET DE SON TRAITEMENT.

Les allures cliniques de la paralysie diphtéritique se sont, depuis le traitement par le sérum, notablement modifiées.

Le d[r] Plicque exprime, dans la *Presse médicale*, l'opinion que ces paralysies sont d'une part, devenues, grâce au sérum, d'observation plus fréquente à mesure que les guérisons se multipliaient, et d'autre part ont pris une allure plus bénigne en ce sens que les formes graves, à grands accidents bulbaires, n'ont pas augmenté proportionnellement aux cas légers.

L'auteur expose les allures habituelles de ces accidents.

La paralysie peut débuter presque aussitôt après l'angine. Elle peut survenir en pleine convalescence quinze jours, un mois même, comme dans un cas, de Rendu, après la diphtérie. Les paralysies précoces, comme l'a bien montré Landouzy. procèdent souvent par poussées atteignant le voile du palais, guérissant, attaquant de nouveau les membres. Les paralysies tardives frappent, en général, d'emblée tous les organes qu'elles doivent atteindre. Elles offrent moins de caprices dans leur évolution.

La gravité de la paralysie n'offre aucune relation avec la gravité de la manifestation diphéritique initiale. Des diphtéries insignifiantes (angine légère, simple plaque pultacée) peuvent être suivies de paralysies mortelles.

Le *voile du palais* est presque invariablement le premier et le plus touché. La gêne de la déglutition qui en résulte constitue une des plus grandes difficultés thérapeutiques. Une bonne alimentation du malade est, en effet, une des premières conditions pour remonter les forces.

L'*amblyopie* et même l'*amaurose*, qui s'observent dans près des deux tiers des cas, causent toujours aux patients adultes des inquiétudes extrêmes.

La *paralysie des membres*, celle des muscles du dos, de la nuque, est rarement complète. Elle peut immobiliser toutefois absolument le malade, tant la faiblesse est marquée. La gêne de la marche dépend quelquefois autant de l'anesthésie plantaire que de la faiblesse musculaire.

La *paralysie du larynx* offre une gravité spéciale en exposant, au moment de la déglutition déjà si difficile par suite des troubles du voile du palais, à la pénétration de corps étrangers dans les voies aériennes.

La *paralysie de la vessie*, *du rectum*, assez fréquentes, sont souvent méconnues et doivent être cherchées avec soin.

La *paralysie du pneumogastrique* est aujourd'hui surtout assez rare. Elle se traduit par des troubles stomacaux (vomissements, dilatation stomacale) cardiaques (palpitations, lipothymies, syncope) et respiratoires (dyspnée, accumulation de mucus bronchique).

La *paralysie du diaphragme* donne elle aussi de la dyspnée, mais la respiration exclusivement par le type costal supérieur, la dépression de l'abdomen à chaque inspiration, permettent de la reconnaître et d'instituer son traitement spécial.

Plus les troubles paralytiques, même sans être très intenses, sont diffus et généralisés, plus les complications bulbaires sont à craindre. Quand l'estomac, le cœur, le poumon sont à la fois touchés, même légèrement, le pronostic est beaucoup plus grave qu'en cas de troubles cardiaques, même plus sévères, mais isolés.

La paralysie diphtérique dans les formes moyennes guérit en un mois environ. Les rechutes survenant souvent en pleine amélioration peuvent augmenter notablement cette durée. Ces rechutes se voient surtout dans les formes non traitées, dont la durée peut ainsi s'étendre à plusieurs mois et même un an.

Les *indications thérapeutiques* concernent d'abord l'*alimentation*; celle-ci, si nécessaire pour relever l'état général, peut être rendue très difficile : 1° par les troubles de la déglutition ; 2° par l'intolérance stomacale quand le pneumogastrique est touché. Dans le premier cas, le choix des aliments un peu froids ou un peu chauds, bouillies, purées, gelées de viande, facilite la déglutition. Les liquides, les aliments en morceaux volumineux, sont longtemps très mal avalés. Le malade doit manger lentement, prudemment, sans parler. Le *gavage* par le tube de Debove constitue, dans les cas extrêmes, une précieuse ressource. Le passage du tube est sans inconvénient, même

très peu de temps après l'angine éteinte. En cas de vomissements, on fera faire des repas très peu abondants et souvent répétés; on essaiera le champagne, les glaces, qui sont, en général, avalées assez facilement. Les troubles de l'estomac dépendent parfois indirectement de la constipation entraînée par la parésie, quelquefois même par la paralysie du rectum. Ils peuvent dépendre aussi d'une rétention d'urine méconnue, avec miction par regorgement. Dans les formes graves, l'*alimentation par la voie rectale*, les injections sous-cutanées de sérum artificiel, constitueront une ressource momentanée. Les inhalations d'oxygène, mais surtout le courant continu, seront employés comme dans les vomissements incoercibles de la grossesse. Le pôle positif sera constitué par une large plaque mise à la nuque, le pôle négatif par une plaque un peu plus petite mise sur l'estomac (intensité 8 à 10 milliampères), en augmentant et diminuant très lentement le courant. Une ou deux séances calment presque toujours les vomissements, au moins pour quelques jours. Ce procédé est beaucoup plus maniable que la galvanisation directe du pneumogastrique.

Les *médicaments*, ont, semble-t-il, une utilité très discutable.

L'auteur trouve que les toniques inoffensifs, *kola*, *coca*, *glycérophosphates*, sont certainement préférables au *phosphure de zinc*, à l'*arsenic*, à la *strychnine*. Le phosphure de zinc et l'arsenic doivent être surtout évités en cas de troubles gastro-intestinaux. La strychnine, pour être utile, doit être suspendue dès qu'apparaissent les plus légers tressaillements musculaires. Dans les formes très graves, avec paralysies généralisées et collapsus cardiaque, les injections sous-cutanées de strychnine viendront très utilement en aide aux autres stimulants du cœur. On débutera par une demi seringue de Pravaz de la solution suivante :

Eau distillée	10 grammes.
Sulfate de strychnine	0 gr. 005 milligr.

Les *applications externes* sont plus recommandables.

Les divers *stimulants locaux*, *bains salés ou sulfureux*, *frictions stimulantes*, *massages*, sont d'une utilité réelle. Mais c'est l'*électrisation* qui a certainement le maximum d'efficacité. Elle abrège de beaucoup la durée des accidents. Plus le malade est jeune et plus, d'ailleurs, comme c'est la règle dans toute névrite, les succès sont rapides.

Pour le voile du palais, le plus commode consiste à placer deux petits tampons, derrière l'angle de la mâchoire entre le bord postérieur du maxillaire et le sterno-mastoïdien. Ces tampons sont reliés à un appareil faradique. L'intensité du courant sera moyenne et

plutôt faible. Les séances, d'une durée de dix minutes, seront faites tous les jours d'abord, tous les deux jours ensuite.

On agira à peu près de la même façon pour les autres paralysies.

Dans les formes graves et tenaces, ou bien quand la paralysie vient se compliquer d'atrophie marquée, que les muscles ne se contractent plus par le courant faradique, on emploiera le courant constant.

Le dr Plicque mentionne encore en terminant deux petits points de pratique. Les troubles de la vue, fort gênants, dépendent souvent d'une dilatation permanente de la pupille ou d'une paresse de l'accommodation. Des diaphragmes à orifice très étroit, dans le premier cas, des verres convexes, dans le second, les améliorent beaucoup. La gêne de la marche est souvent due à l'anesthésie plantaire autant qu'à la faiblesse musculaire. Des chaussures à semelles extrêmement minces, permettant le contact du sol, faciliteront alors beaucoup la marche. L.

—

TRAITEMENT DE L'ACNÉ DES JEUNES FILLES.

Dans une étude qu'il a publiée sur le traitement de cette affection si fréquente et si rebelle, le dr Brocq appuie sur les étroites relations entre les poussées acnéiques d'une part et d'autre part entre les intoxications alimentaires ou médicamenteuses, les constipations, entre certaines affections organiques foie, rein, utérus, etc.), entre les troubles circulatoires. Il faut donc commencer par réclamer des acnéiques l'exécution stricte du programme hygiénique suivant : *a*) combattre le froid aux membres inférieurs par des moyens appropriés (frictions); *b*) soigner les affections utérines s'il y en a; *c*) combattre la constipation habituelle; *d*) régulariser les digestions; *e*) ne pas porter de corsets serrés, ni de cols serrés autour du cou.

Le régime alimentaire joue un rôle des plus importants, On doit défendre : l'alcool, la charcuterie, les poissons, les coquillages, les crustacés, le gibier, les pâtés, les fromages.

En fait de *traitement interne*, Brocq conseille volontiers aux acnéiques de faible et de moyenne intensité l'usage des cachets suivants :

Bicarbonate de soude		o gr. 40
Magnésie calcinée		o gr. 20
Soufre lavé et purifié	} ââ	o gr. 15
Benzonaphtol		

Dans les cas rebelles, il prescrit la *levure de bière*. Il la donne deux ou trois fois par jour, aux repas, délayée dans un peu d'eau : les malades en prennent chaque fois de une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe, suivant la tolérance de leur estomac.

Le *traitement externe* doit régler d'abord la façon dont le lavage sera effectué.

Les malades ne devront jamais se toucher directement la figure avec les mains. Elles se laveront avec des tampons d'ouate hydrophile et non avec des éponges. Elles se serviront d'eau aussi chaude que possible qui aura bouilli avec du son ou avec deux cuillerées à soupe par litre d'une poudre renfermant :

Acide borique		200 gr.
Borate de soude	ââ	100 gr.
Bicarbonate de soude		

Au moment de l'employer, il sera bon d'y ajouter du coaltar saponiné et quelques gouttes de teinture de benjoin. En outre, matin et soir, le malade doit savonner son visage avec du savon au naphtol ; ces savonnages seront faits très doucement les premiers jours, puis ils seront pratiqués avec de plus en plus d'intensité, à mesure qu'on verra que les téguments les supportent sans trop s'irriter. Une ou deux fois par semaine, suivant l'irritation produite, on remplacera le savon précédent par le suivant, utile surtout chez les sujets qui ont beaucoup de comédons :

Savon mou de potasse	50 gr.
Acide salicylique	30 gr.
Résorcine	2 gr.

En fait de topiques, après le savonnage de *chaque soir*, la malade mettra sur tous les boutons du visage un peu de la pommade suivante, dont la formule est assez compliquée :

Naphtol β	ââ	0 gr. 25
Camphre		
Résorcine		0 gr. 02
Savon noir		0 gr. 60
Craie préparée		0 gr. 30
Soufre précipité		2 gr.
Vaseline	ââ	10 gr.
Lanoline		

Le matin, après sa toilette, la malade passera sur sa figure de l'alcool camphré. Si elle est obligée de sortir, elle mettra un peu de la pommade suivante :

Acide salicylique	0 gr. 25
Oxyde de zinc	3 gr.
Lanoline	6 gr.
Vaseline	12 gr.

Puis elle essuiera doucement et se poudrera par-dessus avec de la poudre d'amidon.

Il est bon d'être prévenu que, suivant les susceptibilités individuelles, le traitement local devra souvent être modifié. L.

LA TEINTURE D'IODE DANS LES INFECTIONS GASTRO INTESTINALES.

Le dr Grosch s'est avisé de prescrire la teinture d'iode à l'intérieur dans tous les cas où la fièvre, les vomissements, la diarrhée, les douleurs dans les membres indiquaient la présence de matières septiques dans le tube digestif. L'expérimentation dans 300 cas environ a montré que l'iode, employé avec la prudence nécessaire, est un médicament relativement sans danger et cependant très efficace dans certaines formes d'affections gastro-intestinales infectieuses aiguës.

Ainsi, dans la *fièvre typhoïde*, où le calomel ne donne pas des résultats bien satisfaisants, l'iode a une action très avantageuse, et chez les enfants il arrête presque l'évolution de la maladie. Trois fois par jour, dans un peu d'eau sucrée, on donne à l'enfant, suivant son âge, de deux à quatre gouttes de teinture d'iode. Le médicament est facilement accepté. Malgré le caractère assez sérieux du mal, les enfants ainsi traités ont guéri très rapidement, le plus souvent en une semaine : la fièvre a disparu, l'intelligence s'est éclaircie, l'appétit a reparu.

Dans la fièvre typhoïde des adultes, on administre six gouttes de teinture d'iode trois ou quatre fois par jour ; aucun des malades ainsi traités n'a succombé et les symptômes menaçants ont rapidement rétrocédé. Plus le traitement a été précoce, meilleurs ont été les effets.

La teinture d'iode a été employée dans le *catarrhe gastro-intestinal* et dans les cas de *maladies cholériformes*. Elle a donné aussi de bons résultats dans la gastro-entérite aiguë des nourrissons à la dose d'une goutte trois fois par jour, dans le catarrhe duodénal avec ictère, dans l'influenza avec symptômes gastriques et au début de la pérityphlite.

En outre de son activité antiseptique, le traitement par la teinture d'iode a l'avantage d'être fort peu coûteux.

A notre avis, s'il est exact que la teinture d'iode soit utile dans les diverses affections citées plus haut, — ce qui a bien besoin d'être contrôlé — il n'en résulte pas qu'elle agisse à titre d'antiseptique. L.

LAVEMENT D'EAU CHAUDE DANS LES GASTRORRAGIES.

Cette médication est conseillée par le dr Tripier ; l'eau chaude introduite par le rectum, déterminerait par un effet reflexe une action vaso-constrictive sur les vaisseaux.

Le lavement d'eau chaude à la température de 48° à 50° sera donné au moins trois fois par jour et répété au besoin plus souvent si le sang avait de la tendance à reparaître. Le lavement sera administré sans que le malade placé dans la position horizontale fasse le moindre mouvement et sans qu'il se livre à des efforts considérables pour le

garder. La diète absolue est de rigueur. Tous les médicaments seront proscrits. Il en sera de même de la glace et des boissons glacées, des applications sur l'abdomen. Si le malade se trouvait très affaibli, on pourrait avoir recours à l'emploi du sérum artificiel en injection hypodermique.

On commencera l'alimentation aussi loin que possible du moment où l'hémorragie se sera arrêtée, en se bornant à administrer pendant quelques jours des lavements nutritifs. On débutera en donnant un peu de lait par la bouche seulement trois jours au moins après la cessation de l'hémorragie, et en continuant toujours l'usage des lavements d'eau chaude, au moins matin et soir, pendant une huitaine de jours. L.

TRAITEMENT DES BOURDONNEMENTS D'OREILLE.

Les drs Robin et Mendel ont imaginé d'utiliser contre ce symptôme pénible les propriétés du *cimicifuga racemosa*, arbrisseau originaire de l'Amérique du Nord, déjà connu en thérapeutique comme un médicament vasculaire, à l'instar de la digitale, et comme un modificateur de l'irritation réflexe.

Dans le cas présent, les auteurs ont employé l'extrait de cimicifuga à la dose moyenne de trente gouttes par jour; les résultats rapides et positifs obtenus permettent presque de présenter ce médicament comme un spécifique des bourdonnements. Douze malades ont été traités. Ils présentaient tous des bourdonnements intenses et continuels; pour quelques-uns, l'existence était devenue insupportable.

Dès le lendemain, ou le surlendemain, chez 9 malades, cessation complète des bruits subjectifs; chez quelques-uns le traitement a dû être repris, parce que les bourdonnements reparaissaient à la cessation du médicament.

Chez 3 malades, aucun résultat : chez ces derniers, l'affection remontait à cinq, dix et quarante-huit ans.

D'après les auteurs, les bourdonnements remontant à plus de deux ans sont difficilement influencés par le remède. L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 30 *juillet* 1898.

COMMUNICATION DU BUREAU.

M. le Président donne lecture du discours qu'il a prononcé à Malines, à la solennité d'inauguration du monument élevé à la

mémoire de Pierre-Jean Van Beneden, Membre honoraire de l'Académie. *(Applaudissements.)* — Ce discours sera inséré au *Bulletin*.

M. le Secrétaire informe ensuite qu'il a reçu, de M. le professeur Edouard Van Beneden, une lettre le priant d'être, auprès de l'Académie, l'interprète de ses sentiments de vive et profonde reconnaissance pour le nouvel hommage que la Compagnie a bien voulu rendre à la mémoire de son vénéré père.

M. Depaire fait connaître que dans le dernier numéro (nº 5 de 1898) du *Bulletin de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique*, le Secrétaire-Rapporteur, M. F. Vander Haeghen, a cru pouvoir insérer une lettre provenant de la Commission directrice de la *Biographie nationale* et destinée à l'Académie royale de médecine. Il faut remarquer que cette lettre n'est pas précédée de la missive écrite par notre Compagnie. M. Depaire appelle l'attention de l'Académie sur les considérants énoncés dans la lettre de la Commission de la *Biographie nationale* et désire connaître l'attitude du Bureau au sujet de cette publication.

M. le Président fournit des explications à cet égard et prie M. le Secrétaire de donner lecture de la lettre envoyée à M. le Ministre de l'intérieur et de l'instruction publique concernant certaines défectuosités et lacunes constatées dans le recueil publié par la Commission de la *Biographie nationale*.

M. le Président ajoute que la réponse au document inséré dans le *Bulletin de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts* sera communiquée à la Compagnie dans une prochaine réunion.

La pomme de discorde est lancée: l'affaire promet d'être chaude... et intéressante !

Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner la note de MM. C. Pottiez, pharmacien à Fontaine-l'Évêque, et C. Conreur, médecin vétérinaire à Anderlues, sur *Le streptocoque de la fièvre vitulaire*. — M. Degive, Rapporteur.

Pénétrés de l'idée, généralement admise, que la maladie paralytique, dite *fièvre vitulaire*, complicative du part chez la bête bovine, est de nature infectieuse, MM. Conreur et Pottiez ont entrepris une série de recherches en vue de déterminer la nature et le mode d'action des microgermes producteurs de la maladie.

Chez un certain nombre de vaches atteintes de *fièvre vitulaire paralytique*, non compliquée de métrite, de péritonite ou de pyohémie, les auteurs ont constaté la présence dans le sang d'un streptocoque qu'ils supposent être le facteur essentiel ou spécifique de l'affection.

Une gouttelette de sang prise à la veine auriculaire, examinée au microscope, leur a montré un nombre notable de micrococques qu'ils sont parvenus à isoler et à cultiver sur différents milieux: sur gélatine, en bouillon alcalin de bœuf ou de veau, sur sérum solidifié, etc.

Avec le streptocoque développé en bouillon alcalin de bœuf, MM. Conreur et Pottiez ont inoculé des cobayes et des rats qui sont morts après avoir présenté des *troubles paralytiques* et un *coma, analogues* à ceux qui sont observés chez la vache atteinte de fièvre vitulaire.

La preuve que ce streptocoque est bien le facteur spécifique ou essentiel de cette dernière affection, ne sera faite que le jour où de nouvelles expériences auront établi qu'il possède la faculté de reproduire une *affection identique* à celle qui se développe chez la vache dans les conditions accidentelles relevées par l'observation clinique.

Le Rapporteur termine ainsi :

« Tandis que nous analysions le mémoire de MM. Conreur et Pottiez, on nous a communiqué un récent numéro (juillet) du *Journal de pharmacie* d'Anvers où l'un des auteurs expose les principaux faits contenus dans le travail adressé à l'Académie.

» Pour ce motif, nous croyons devoir nous borner à proposer des remerciements aux auteurs et le dépôt de leur travail aux archives de la Compagnie. » — Adopté.

Suite de la discussion concernant l'*obligation de la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses*.

M. Kuborn estime qu'il ne peut y avoir longue discussion, mais un accord unanime. La question a été tranchée légalement dans d'autres pays. En Belgique, les corps constitués, ainsi que les sociétés médicales, se sont prononcés dans le sens de l'obligation.

Il demande à l'Académie de ne pas ouvrir de débat sur les trois propositions déposées par M. Hubert, mais d'adopter celle qu'il dépose et dont il donne lecture.

M. le Président croit qu'il serait utile de faire imprimer et distribuer aux Membres la proposition de M. Kuborn, afin de la discuter dans la prochaine séance. *(Adhésion.)*

Suite de la discussion de la communication de M. Hubert, portant pour titre : *Traitement des septicémies puerpérales par le sérum antistreptococcique.*

M. Eugène Hubert, rappelant les diverses étapes parcourues par la discussion, montre que M. Crocq, après avoir proclamé que les sangsues constituaient le vrai traitement de la métro-péritonite puerpérale *infectieuse*, ne les vante plus maintenant que contre les accidents *inflammatoires* francs des couches.

Or. d'après M. Hubert, il n'y a pas d'accidents inflammatoires francs, tous sont septiques et doivent être traités, non par les antiphlogistiques, mais par les antiseptiques.

Il expose ensuite la notion qu'il s'est formée de la genèse des accidents et s'appuie, pour l'établir scientifiquement, sur les révélations de la bactériologie, l'observation des faits cliniques et les statistiques de toutes les Maternités d'Europe.

Il défend contre les critiques de M. Crocq les quatre observations qu'il a soumises à l'Académie, en produit de nouvelles et termine en ces termes :

« Les agents pathogènes que la bactériologie nous a déjà appris à tenir écartés des plaies, — et même à en expulser, — il lui restait à les poursuivre et à les atteindre dans le sang lui-même. Y parviendra-t-elle ? Les faits que j'ai mis sous vos yeux autorisent au moins à l'espérer. » *(Applaudissements)*.

— Cette discussion continuera dans la prochaine séance.

Élections. Sont nommés : *Membres honoraires étrangers :*

MM. *Beale* (Lionel-S.), ancien professeur au *King's College* de Londres ; — *Nocard* (E.), professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; — *Potain* (P.-C.-E.), professeur à la Faculté de médecine de Paris ; — *Schmiedeberg* (O.), professeur à l'Université de Strasbourg ; — et *Van Overbeek de Meyer* (G.), professeur honoraire à l'Université d'Utrecht.

Correspondants belges :

MM. les Drs Georges *Cousot*, président de la Commission médicale provinciale, à Dinant ; — et Léon *Gallez*, médecin-chirurgien à l'Hôtel-Dieu, à Châtelet.

Correspondants étrangers :

MM. Émile *Berger*, à Paris ; — *Delyannis*, professeur à l'Université d'Athènes ; — R. *Kobert*, directeur du sanatorium de Görbersdorf ; — *Liautard*, directeur du Collège vétérinaire de New-York ; — A.-J. *Martin*, inspecteur général du service d'assainissement et de salubrité de l'habitation de la ville de Paris ; — et J.-S. *Burdon Sanderson*, professeur à l'Université d'Oxford.

VARIÉTÉS.

Du régime du cycliste. — Le Dr Lucas-Championnière, qui est lui-même malgré son âge avancé un fervent vélocipédiste, traite sommairement dans son journal la question du régime du cycliste.

Il semble naturel de penser qne, sa dépense étant grande, l'alimentation du cycliste doit être d'autant plus riche que la course est plus longue. L'expérience apprend le contraire. Les coureurs qui peuvent recevoir une alimentation azotée pendant une course sont fort rares et il suffit de jeter un coup d'œil sur les analyses d'urine pour comprendre pourquoi.

Si un homme, qui brûle assez sa substance pour doubler après la course la dose d'urée qu'il doit excréter, prenait avec cela une alimentation dont les déchets ajouteraient encore une part importante à ce total d'urée, l'empoisonnement du sang prendrait une telle proportion que toute marche deviendrait impossible.

Aussi le coureur doit-il, pendant la course, *vivre sur son fonds* ; il remplace une partie de l'eau qu'il rejette, il prend quelques aliments hydro-carbonés, mais il ne supporte d'ordinaire aucun aliment azoté sérieux.

Même l'eau qu'il prend doit être prise avec certaines précautions. Certains fruits surtout contenant beaucoup d'eau, comme le raisin, sont un objet de consommation favori pendant les longues courses.

Une description attentive des faits de cet ordre serait très intéressante, parce qu'elle nous mènerait inévitablement à cette constatation que la limite de capacité alimentaire pour les substances azotées est bien moins reculée qu'on ne le croit chez les sujets qui subissent un

entraînement efficace. On est trompé par les apparences du sujet qui, jeune, peut supporter un excès d'alimentation par la viande. Mais cet excès n'est ni nécessaire, ni même utile, et il est certainement nuisible chez beaucoup d'entre eux.

Quant aux aliments excitants, alcooliques et autres, l'observation du coureur est très nette. Non seulement la valeur de leur action passagère a été très exagérée, mais leur action finale est plutôt l'affaiblissement du pouvoir musculaire.

Il faut éviter également de modifier la tension vasculaire par l'absorption trop rapide d'une certaine quantité de liquide.

Ici l'action peut être assez complexe parce qu'il peut y avoir une action réflexe de l'estomac rempli sur le cœur. Si on prend un sujet se livrant à un exercice musculaire quelconque et qu'on lui fasse boire une quantité notable de liquide, *on lui coupe les jambes* suivant l'expression reçue. Le sujet qui ne s'essoufflait pas jusque-là, qui semblait ne souffrir que de la soif, devient incapable de reprendre l'exercice sans souffler. Le phénomène est excessivement marqué chez les cyclistes en marche, ils le connaissent bien.

On peut le rapporter au refroidissement de l'estomac par la masse du liquide. Mais des liquides chauds produisent une action du même ordre. Les coureurs connaissent si bien ce phénomène que, lorsqu'on leur donne à boire pendant leur course, ils boivent souvent, mais peu à la fois. Très régulièrement ils recrachent une partie de la boisson qu'ils ont mis dans leur bouche.

Or, cet essoufflement après une grande quantité de liquide ingéré est dû en partie à l'augmentation de la tension vasculaire et, dans les circonstances les plus simples, le cycliste doit le connaître et éviter l'ingestion immodérée de liquide pendant la course.

La nature du liquide ingéré peut être d'une très grande importance pour le cycliste et une observation attentive permet de saisir une très grande influence du liquide sur l'activité et sur la résistance du cœur.

L'auteur a observé plusieurs sujets qui, sans être des buveurs immodérés, consommaient une quantité notable de vin, de bière et d'apéritifs divers. Naturellement, au cours de leurs excursions à bicyclette, ces ingurgitations de liquides soi-disant inoffensifs s'exagéraient sensiblement. Ils remarquèrent très vite que l'absorption de liquides même très peu alcooliques leur procurait un essoufflement que l'ingestion de l'eau pure ne leur donnait pas.

Il faut tenir en défiance du reste les divers excitants du système nerveux préconisés pour favoriser l'exercice, tels que le coca et la kola.

Chez les sujets qui ont ainsi consommé de l'alcool ou divers excitants, on observe d'abord plus d'essoufflement. Mais on observe aussi en dehors de la course sur le sujet couché et au repos une accélération du pouls et un retentissement des bruits du cœur, de véritables battements de cœur.

—

La cure de nudité. — L'abbé Kneipp faisait marcher ses malades nu-pieds dans la rosée; il y a une méthode thérapeutique plus singulière encore qui a un certain succès en Allemagne, principalement

pour le traitement de la neurasthénie; elle consiste à exposer les sujets complètement nus à l'action des grands agents physiques, le soleil principalement.

Il existe des instituts où cette méthode est appliquée, il y en a un notamment au village de Veldes, en Autriche, non loin de la côte de l'Adriatique; un chroniqueur du *Temps* a donné un exposé des principes généraux de la méthode.

En premier lieu, cela va de soi, le traitement se fait dans un établissement clos de murs, de façon que la morale ne soit point outragée. Cet établissement comporte essentiellement un terrain assez étendu, un jardin bien exposé. Ledit jardin est d'ailleurs divisé en deux, pour séparer les sexes, comme il convient.

La journée du malade est en général la suivante :

Il se lève tôt — il ou elle — à cinq heures du matin, et, après les ablutions accoutumées, se dirige vers le jardin. Il est nu comme un ver, ou du moins n'a d'autres vêtements qu'une simple ceinture, ou un pagne, hommage succinct à la pudeur. Un chapeau aussi, pour éviter l'insolation. Et le voilà équipé. Dans chaque moitié du jardin il y a une colline, et c'est sur cette colline, ombragée par endroits, que se passe la plus grande partie de la journée. Chacun emporte avec lui son déjeuner, lequel est frugal. Point de ces viandes qui emplissent le corps de poisons, de toxines, d'humeurs peccantes, se brûlent mal, et aigrissent le caractère, mais des mets légers : du miel, du lait, du pain, comme en prennent les bergers d'Arcadie. Sur cette colline s'opère la plus grande partie de la cure. Fait-il chaud ? on se couche à terre, dans la verdure, à l'ombre d'un arbre, pour lire, pour causer avec ses compagnons. Fait-il frais ? on marche sur l'herbe, on se livre à des jeux pastoraux, à des exercices violents, à toutes les occupations de plein air qu'un chacun peut se donner dans les champs. Ou bien encore on s'allonge au soleil, se faisant rôtir un côté, puis l'autre, et s'initiant aux joies si chères au lézard et au crocodile.

Après quelques heures ainsi passées, le sujet quitte la colline pour descendre dans le vallon. Et là, toujours nu, il grimpe sur un toit en pente douce, où une heure durant, il se couche au soleil, la tête seule étant couverte. Après le bain d'air, c'est le bain de lumière et de chaleur. Puis, autre opération. Empaqueté dans une couverture, comme une momie de rang inférieur, le malade est exposé au feu céleste, comme s'il devait cuire dans son jus : et après un temps, deux domestiques s'en emparent et le plongent dans un bain tiède, au sortir duquel se place une séance de massage général.

Ces différentes occupations prennent fin vers midi : et les malades se rendent au réfectoire, toujours dans leur simplicité académique. Là, ils se nourrissent derechef, de façon frugale : de laitage, de fruits, de légumes, car le végétarisme est une des règles de la maison,

Et l'après-midi ressemble à la matinée. La plupart des malades l'inaugurent toutefois au moyen d'une sieste en plein air, après quoi, ils vont et viennent dans le jardin, jouant, marchant, causant, lisant ou s'adonnant à quelque occupation de grand air, ou bien se rôtissant au soleil. Le soir venu, nouveau et dernier repas, toujours végétarien, et à neuf heures on va se coucher. Pour la première fois de la journée,

on revêt un costume : celui que chacun de nous connaît; mais souvent aussi, l'on s'en passe.

S'il pleut, on se laisse mouiller et l'on marche sous les gouttes; mais la pluie est rare. Il faut que le temps soit bien mauvais pour contraindre les malades à rester enfermés.

Au total, la cure de nudité consiste à exposer le corps tout entier à l'action de l'air et de la lumière, autant qu'il est possible, à supprimer le régime animal, et à vivre en plein air, sans fatigue mentale.

Il y a des gens, paraît-il, qui suivent ce traitement depuis des années — à raison d'un mois par an — et ils en disent grand bien.

L.

BIBLIOGRAPHIE.

LES SÉROTHÉRAPIES, par le Prof. LANDOUZY.

L'éminent professeur de Paris vient de publier en un beau livre la partie de ses leçons de thérapeutique et de matière médicale concernant les diverses sérothérapies.

Les premières leçons sont consacrées à la sérothérapie du tétanos. On sait que le traitement curatif de cette maladie par le sérum ne compte guère jusqu'ici que des succès douteux. M. Landouzy conseille donc la sérothérapie *préventive*. Les deux leçons suivantes traitent de la sérothérapie anti-venimeuse préventive et curative; les suivantes, de la sérothérapie anti-streptococcique, qui a donné lieu à des débats intéressants, sans que l'on soit fixé jusqu'à présent sur sa valeur.

Vient ensuite l'exposé des brillants résultats fournis par le sérum anti-diphtérique dont trop de médecins ne savent pas encore se servir; le professeur montre combien la sérothérapie du croup a transformé le pronostic de la diphtérie laryngée et combien le tubage devait bénéficier de l'intervention du sérum. A ce propos M. Landouzy donne les plus minutieux détails sur le tubage — sa description est singulièrement facilitée par la clarté de nombreuses figures. —

A la sérothérapie antidiphtérique, fait suite la description des premiers succès obtenus par Yersin dans la guérison de la peste bubonique. Comme contraste suit la description des insuccès obtenus dans la cure de la syphilis, de la tuberculose, etc.

Sous le nom de sérothérapie artificielle, M. Landouzy traite des injections d'eau salée.

Enfin la Tuberculine et la Malléine, envisagées non pas au point de vue curatif, mais au point de vue du diagnostic clinique, terminent cet intéressant ouvrage. L.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE DANS LE JEUNE AGE par le Dr CHARLES THIRY.

La paralysie générale progressive est une maladie de l'âge adulte; elle est tout à fait exceptionnelle avant 20 ans; le Dr Thiry, à l'aide de documents et d'observations, démontre que cette forme précoce existe néanmoins, et en fait l'exposé en détail.

L'EXPRESSION ABDOMINO-VAGINALE APRÈS L'AVORTEMENT.

Pour débarrasser la cavité utérine de ce qu'après un avortement elle pourrait retenir de fragments placentaires ou de caillots, le profes. Budin recommande, de préférence à l'emploi de la curette et des pinces à faux germes, l'expression de la matrice entre les deux mains, l'une appuyant sur l'hypogastre, l'autre, dans le vagin. Il estime — et nous sommes tout à fait de cet avis — que le nettoyage de la matrice au moyen des doigts doit être le procédé de choix.

Il reproche à la curette d'être aveugle, souvent insuffisante et dangereuse. On ne se rend pas toujours compte, dit-il, du lieu où est arrivé l'instrument et quelquefois on ne pénètre que dans la cavité du col alors que l'on croit être entré dans celle de l'utérus.

La curette peut être insuffisante; elle semble impuissante à détacher les débris du placenta lorsqu'ils se trouvent dans une des cornes de l'utérus (P. Mundé); malgré un grattage attentif, on a laissé des portions de délivre dans l'intérieur de la matrice, une fois même, bien qu'on eût raclé, lavé, cautérisé avec le perchlorure de fer, on ne fut pas peu surpris de voir le lendemain sortir un « fœtus sans jambes, long de 6 à 7 centimètres qui, malgré l'emploi de la curette coupante, était demeuré dans la cavité utérine » (J. Moses); enfin, la curette dirigée de haut en bas, enlève des bandes, des copeaux de caduque utérine et il reste souvent, entre ces bandes, des parties qui ne sont pas détachées.

La curette est dangereuse; en sectionnant la muqueuse saine elle ouvre des portes à l'infection (Veit); elle peut déterminer des hémorrhagies difficiles à réprimer; et enfin, elle traverse avec la plus grande facilité une matrice ramollie.

« Je n'oublierai jamais pour ma part, dit Budin, que je fus appelé un soir, en l'absence de Tarnier, pour voir, dans son service, une jeune femme qu'on y avait apportée dans un état très grave, à la suite d'un avortement. Je me gardai bien de faire le curettage qu'on me proposait, car les tissus de la matrice étaient très ramollis et la paroi

postérieure extrêmement mince. La malade était, du reste, presque agonisante et elle succomba quelques heures plus tard.

« A l'autopsie on recueillit l'utérus et on le montra aux élèves pour leur faire constater avec quelle facilité on eût, dans ce cas, produit la perforation. »

Le curage au doigt ne présente pas ces inconvénients et ce danger.

« Après avoir fait pénétrer un doigt et, si on le peut, deux doigts dans l'utérus, on décolle complètement le placenta, puis on essaie de l'amener au dehors, soit en recourbant l'index en crochet, soit en plaçant la masse cotylédonnaire entre l'index et le médius et en essayant de la faire passer à travers le canal cervical. Quand l'orifice est peu dilaté, il arrive qu'on échoue : le décollement a été facile, mais l'extraction se trouve très difficile et parfois même impossible. »

A notre avis la douche utérine est un excellent moyen d'entraîner les débris que le doigt n'est pas parvenu à ramener avec lui. Les pinces à faux-germes, condamnées déjà par Mme Lachappelle, ne conviennent pas : elles sont difficiles à manier, elles blessent, glissent ou ne ramènent que des fragments. Budin déconseille formellement l'emploi de ces instruments aveugles et dangereux. Le d^r^ Alberti de Postdam, rappelle-t-il, reçut dans son service une femme chez laquelle un médecin, après avoir fait un curettage, avait introduit une pince à polypes dans l'utérus afin d'en extraire les débris de l'avortement. Il eut la désagréable surprise de voir que la masse qu'il avait attirée à travers le col était une anse intestinale. Il l'entoura de gaze iodoformée et envoya la malade à l'hôpital. La laparatomie fut faite aussitôt que possible par Alberti : une anse intestinale de 17 centimètres de longueur était si serrée par l'orifice interne du col qu'il fallut débrider ce dernier. On sutura l'utérus, puis la paroi abdominale et on fit avec de grandes précautions le curettage. La femme finit par guérir après avoir subi quatre semaines plus tard, deux nouveaux curettages pour hémorrhagies.

Cette observation portée à la *Société d'obstétrique et de gynécologie* de Berlin en 1894 fut le point de départ d'une série de révélations sur les méfaits des pinces : Veit, Gusserow, Olshausen, Orthman, Martin rapportèrent des cas analogues à celui d'Alberti.

Les pinces présentent donc presque autant d'inconvénients que la

curette et il ne faut recourir aux unes et aux autres que comme dernière ressource, si la douche vaginale ou l'expression de l'utérus ne suffisent pas pour débarrasser l'organe des débris de l'arrière-faix.

« J'ai essayé il y a quelques années, dit Budin, de déterminer l'expression du placenta en appuyant d'avant en arrière, sur l'angle sacro-vertébral, le corps de l'utérus maintenu élevé par une main laissée dans le vagin ; cette manœuvre n'était pas toujours couronnée de succès. Depuis 1895 j'emploie le procédé suivant : le placenta ayant été complétement détaché de la paroi utérine, et se trouvant libre dans la cavité de l'organe, doit être dilacéré avec l'index ou le médius ; s'il est volumineux ou si l'orifice utérin est petit, il est ainsi divisé en deux ou trois morceaux.

» Les doigts sont alors mis dans le cul-de-sac postérieur, ils le dépriment et s'appliquent sur la paroi utérine : leur face palmaire se trouve donc dirigée en haut vers la symphyse pubienne.



» L'autre main, placée sur l'hypogastre, déprime fortement la paroi abdominale, qui, pendant l'anesthésie, se trouve dans le relâchement complet. Avec les doigts recourbés en crochet et avec la paume de la

main on appuie sur le fond et sur la face antérieure de l'utérus. L'organe se trouve ainsi saisi, puis comprimé; le placenta, ou les morceaux de placenta ou de caduque, passent à travers le col; ils tombent, chassés comme un noyau de cerise, dans le creux de la main qui est dans le vagin.

» Ce procédé nous a toujours réussi jusqu'ici; il nous paraît réunir les principales conditions favorables à l'expulsion de l'arrière-faix. Celui-ci ayant été détaché, constitue une masse molle qui, sous la pression abdomino-vaginale, glisse sans difficultés à travers l'orifice utérin, même si ce dernier n'a permis que l'introduction d'un seul doigt.

» Résumons le manuel opératoire.

» On administre le chloroforme, car il est important que les parois abdominales, les parois vaginales et le périnée soient dans le relâchement le plus complet. On prend les précautions antiseptiques les plus sévères pour les mains et pour les organes de la malade. On procède ensuite à la dilatation de l'orifice, on introduit l'index dans le canal cervical, puis l'index et le médius. Si, par hasard, le tissu de la matrice résiste trop, après avoir abaissé l'utérus avec une pince à érignes mise sur le col, on fait usage des bougies de Hégar.

» Quand la dilatation ainsi obtenue est suffisante, quand deux doigts peuvent être introduits s'il s'agit d'un avortement de 3 à 4 mois, quand un seul doigt pénètre après un avortement de 2 à 3 mois, on pratique le curage. Une main mise sur l'abdomen maintient l'utérus en place et le fixe solidement, le doigt ou les doigts introduits dans la matrice détachent lentement, régulièrement et complètement le placenta. Cette séparation est, en général, facile, parfois, cependant, elle exige un certain temps : si on sent le placenta qui flotte dans la cavité utérine et qui reste encore adhérent par un pédicule, on continue les manœuvres jusqu'au décollement complet.

» Il faut alors procéder à l'évacuation. Quelquefois le placenta est entraîné par deux doigts qui le saisissent entre eux, ou par un seul doigt mis en crochet et prenant point d'appui sur le tissu placentaire ou mieux sur les vaisseaux résistants qui se rendent dans les cotylédons.

» Si on échoue dans ces tentatives, si la masse de l'arrière-faix est

trop grosse ou si l'orifice utérin est trop petit, on ne doit pas céder à la tentation d'introduire des pinces, mais, après avoir dilacéré, fractionné le placenta, recourir à l'expression... »

On explore ensuite l'utérus, pour s'assurer qu'il ne reste plus rien dans sa cavité ; et on fait un grand lavage antiseptique au moyen d'une sonde à reflux, puis on a recours aux écouvillons, ainsi que l'a conseillé Doléris.

En procédant de la sorte, conclut Budin, vous ne faites usage que de vos mains, vous n'avez recours ni aux curettes ni aux pinces. Vos doigts, dont la pulpe est très sensible, ne sont ni des instruments aveugles ni des instruments dangereux ; vous ne risquez pas avec eux de produire des perforations de l'utérus ou d'entraîner au dehors des anses intestinales. Le curage digital et l'expression abdomino-vaginale de l'utérus peuvent enfin être pratiqués par tous les médecins : ayez-y recours et, sans faire courir des risques inutiles à vos malades, vous les sauverez.

Dr E. HUBERT.

INFLUENCE DU REPOS DE LA FEMME PENDANT LA GROSSESSE SUR LE DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS.

Dès l'année 1895, M. le Professeur Pinard de Paris essaya de montrer l'influence du repos de la femme enceinte sur le développement de l'enfant.

Comparant le poids de 500 enfants nés de mères ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, aux poids de 500 enfants nés de mères reposées et soignées pendant les derniers mois de la gestation, il fit voir la différence considérable en plus observée chez ces derniers. (Académie de médecine. Séance du 26 novembre 1895). — Voir également *Revue médicale* de Louvain, novembre 1895, page 235.

On lui objecta que le repos de la mère n'avait que peu ou pas d'influence sur le développement de l'enfant et que le poids du nouveau-né *dépendait surtout de la taille des parents.*

D'autres facteurs, il est vrai, ont leur importance, notamment les

maladies de l'organisme maternel pendant la grossesse, les questions de *semence* et de *terrain* avant la conception ou au moment où elle se produit.

Aussi, pour faire une étude complète de ce que Pinard appelle la *Puériculture*, faudrait-il envisager la question à trois périodes différentes :

1. Puériculture avant la formation.

2. Puériculture pendant la grossesse (semence et terrain).

3. Puériculture après la naissance.

Nous ne nous occuperons aujourd'hui que de la *puériculture pendant la grossesse*, et plus spécialement de l'influence du repos de la mère sur le poids de l'enfant.

Sur les conseils de Pinard, le dr Bachimont a recherché quel est le poids moyen des enfants chez les femmes :

1. Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse.

2. Ayant travaillé pendant toute la grossesse dans la station debout.

3. Ayant travaillé pendant toute la grossesse dans la station assise.

4. Ayant travaillé pendant toute la grossesse assises, mais en faisant mouvoir les jambes.

5. Ayant eu une période de repos pendant deux ou trois mois.

6. Ayant eu une période de repos dépassant trois mois.

Les observations portent sur **4,445** cas.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les résultats de ces observations publiés dans les *Annales d'obstétrique* pour admettre sans hésiter la thèse de Pinard : *le poids de l'enfant d'une femme qui s'est reposée deux à trois mois est supérieur d'au moins* 300 *grammes à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement.*

D'où vient cette différence? et pourquoi chez les reposées, les enfants sont-ils plus développés que chez les autres?

Chez les reposées les enfants sont plus développés parce que chez elles la grossesse a une durée normale, tandis que les enfants des surmenées sont moins développés, parce que la durée de la grossesse a été interrompue.

— « L'utérus gravide, dit Pinard, doit surtout se développer dans la cavité abdominale — toute cause qui tend à le faire pénétrer dans l'excavation dans les derniers mois de la grossesse expose à une

expulsion prématurée. Or, la fatigue, la station debout ne peuvent que faire descendre l'utérus. N'oublions pas que la fécondation est pelvienne, la grossesse abdominale. »

Nous trouvons la preuve de ce qu'avance Pinard en étudiant la durée de la grossesse chez les femmes à bassin vicié — c'est-à-dire chez lesquelles, fatalement, l'utérus reste dans la cavité abdominale.

La Torre, dans son travail sur le développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié, arrive aux conclusions suivantes (1887).

1. L'accouchement avant terme spontané est en général plus fréquent chez les sujets bien conformés, que chez ceux atteints de malformations pelviennes.

2. Le poids moyen des fœtus dans les bassins viciés est assez souvent supérieur à celui des fœtus conçus dans des bassins normaux.

En parcourant une série de cent observations prises au hasard, de symphyséotomies faites chez des femmes rétrécies, nous trouvons pour les enfants un poids moyen de 3,350 grammes, poids évidemment supérieur au poids moyen d'un nouveau-né.

Si nous ajoutons que presque toutes ces femmes ont une taille au-dessous de la moyenne (même quelques-unes *étaient de véritables naines)*, et que la plupart étaient obligées de travailler pendant toute la durée de la grossesse, il me semble qu'il n'est plus permis de douter de l'influence de la situation abdominale de l'utérus sur la durée de la grossesse — et par le fait même se trouve confirmée la thèse de Pinard.

Quelles conclusions pratiques pouvons-nous tirer de cette étude ?

Nous savons que le repos de la mère pendant la grossesse est favorable au développement du fœtus en permettant à l'utérus de porter jusqu'à terme.

D'autre part est-il indifférent pour un enfant de naître à terme ou prématurément ?

Les couveuses, le gavage, tous ces progrès réalisés dans l'hygiène de la première enfance, nous ont permis d'espérer, d'élever sans danger les petits prématurés. Malheureusement, la réalité n'a pas répondu à l'attente.

« Sachant, dit le d[r] Bachimont, que des sacrifices considérables avaient été consentis pour installer à la Maternité un établissement

consacré aux prématurés et aux débiles, sachant que là rien ne manque à ces petits êtres : installations confortables, air pur oxygéné, alimentation convenable, direction scientifique éclairée, etc., etc., nous avons demandé à M. le Directeur général de l'Assistance publique l'autorisation de publier la statistique administrative de cet établissement. »

Voyons les résultats : 70 p. c. de mortalité en 1897 et encore parmi les 30 sortis, y en a-t-il plusieurs dont on peut dire qu'ils sont sortis *non morts*.

Avant tout, empêchons donc les enfants de naître prématurément et dans beaucoup de cas nous le pouvons. »

Les pouvoirs publics ont le devoir d'intervenir pour défendre aux femmes enceintes de s'adonner dans l'air vicié de nos usines à ces travaux fatigants, nuisibles à elles et à leurs enfants. Que des asiles spéciaux se créent où la future mère puisse les derniers temps de sa grossesse trouver le calme, le repos, les soins hygiéniques nombreux qu'exige sa situation spéciale.

Au point de vue de l'humanité, au point de vue de l'augmentation de la population, au point de vue de l'évolution de la race, nous souhaitons proche le jour où la loi protègera la femme enceinte pendant les trois derniers mois de sa grossesse et le fœtus pendant les trois derniers mois de sa vie intra-utérine. Dr DE KONINCK.

ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE ET GROSSESSE.

Indépendamment des manifestations articulaires, nettement rhumatismales, qui peuvent se développer chez les femmes enceintes ou en couches, on a longtemps décrit sous le nom de *rhumatisme puerpéral proprement dit* une affection, dont les auteurs reconnaissent l'analogie clinique frappante avec l'arthrite blennorrhagique; néanmoins, ils en font une affection toute spéciale, due à l'influence générale de la puerpéralité.

Charpentier, dans sa dernière édition, dit encore : « S'il est vrai que le rhumatisme affecte chez la femme enceinte et après l'accouche-

ment des allures un peu spéciales, on ne peut en faire une affection identique au rhumatisme blennorrhagique, et nous croyons bien plus à l'influence de la puerpéralité qu'à l'influence locale déterminée par les écoulements vaginaux, uréthraux et utérins que peut présenter la femme enceinte. »

La bactériologie seule pouvait trancher définitivement la question. La constatation du gonocoque dans le liquide articulaire ou tout au moins dans les organes génitaux de la femme devait fournir la preuve de la nature spécifique de ce pseudo-rhumatisme puerpéral.

M. Bar constate au cours d'une grossesse des manifestations articulaires qui présentent tous les signes du rhumatisme puerpéral. Il recueille du mucus par raclage sur les parois du vagin et ne trouve pas de gonocoques. Mais le pus de l'urèthre renfermait des microcoques de Neisser.

En 1895 (septembre) je me rappelle avoir vu dans le service de Tarnier une femme atteinte, à la fin de sa grossesse, d'une polyarthrite qui alla en s'accentuant après l'accouchement, fièvre intense, état général grave. On croyait à un rhumatisme aigu ou à des manifestations infectieuses (la patiente avait été isolée). Une ponction exploratrice dans le genou ramène du pus verdâtre : un examen bactériologique minutieux y découvre le coccus caractéristique et *pas un seul autre microorganisme.*

Bégouin cite, dans les *Annales d'obstétrique*, trois autres cas de ce pseudo-rhumatisme puerpéral où il trouve chaque fois le gonocoque.

La difficulté à déceler la présence du gonocoque dans le liquide articulaire ou dans le muco-pus des organes génito-urinaires; la destruction probablement assez rapide des gonocoques dans les articulations me semblent expliquer suffisamment pourquoi il a fallu si longtemps pour fournir cette preuve évidente de la nature de ce pseudo rhumatisme puerpéral.

L'arthrite blennorrhagique pendant la puerpéralité n'est pas fréquente.

En parcourant les travaux publiés de 1866 à 1898, c'est à peine si on rencontre 1 cas sur 500 ou 600 femmes enceintes ou nouvelles accouchées.

Il semble donc que l'état puerpéral n'exerce pas d'influence manifeste sur le développement des arthrites chez les blennorrhagiques.

L'arthrite peut se montrer à toutes les époques de la grossesse. Si elle se présente pendant les couches, c'est quelquefois le lendemain de l'accouchement, dans d'autres cas seulement plusieurs jours après.

Début. L'arthrite gonococcique peut débuter de trois façons différentes. Par ordre de fréquence :

a) Rarement elle simule une simple hydarthrose.

b) Plus souvent le début est brusque : pendant la nuit la patiente est réveillée par une douleur très vive au niveau de l'articulation qui sera seule le siège de la maladie.

c) Habituellement — plusieurs articulations sont prises et cela pendant un ou plusieurs jours — puis l'arthralgie finit par se localiser définitivement sur une seule jointure.

Des malaises généraux, de la courbature accompagnent ces manifestations. En général la réaction fébrile est peu intense. Très rarement la fièvre dépasse 39°. Du reste cette réaction cède rapidement, seule une anémie plus ou moins prononcée persiste.

Les grandes articulations seules sont atteintes (genou, poignet, coude), et chose curieuse le côté droit est le plus souvent atteint. L'influence de la fatigue de ce côté du corps ne me semble pas douteuse.

Le membre est dans l'attitude qui favorise le plus le relâchement des ligaments. L'articulation est déformée par un gonflement pâteux, luisant d'un ton pâle ou violacé, quelquefois sans changement de coloration à la peau.

Parfois, par exemple, dans le genou, on perçoit une véritable fluctuation.

La douleur très vive n'existe habituellement *au repos* que tout au commencement. Elle est alors souvent excessivement intense.

Au bout de quelques jours la douleur spontanée cesse et ne se montre plus que *si on vient à toucher* ou *à remuer* la jointure malade.

Diagnostic. La polyarthrite *gonococcique* est difficile à différencier de la *rhumatismale*, surtout au début, si des manifestations articulaires multiples ouvrent la scène avec une fièvre intense.

Mais dans le rhumatisme vrai, nous avons une fièvre bien plus forte, des sueurs abondantes, habituellement de l'endocardite — une

grande mobilité dans les symptômes locaux — enfin le salicylate de soude agit comme un spécifique.

La confusion est encore bien plus fréquente avec *l'arthrite infectieuse à streptocoques ou à staphylocoques*, surtout si l'affection ne se manifeste qu'après l'accouchement et que l'infection est peu intense :

Une leucorrhée abondante avant l'accouchement, une ophtalmie caractéristique chez le nouveau-né pourraient mettre sur la voie du diagnostic, mais le plus souvent l'examen bactériologique seul pourra nettement différencier ces diverses affections.

La tenacité de la maladie (de 1 à 6 mois), ses poussées successives, sa tendance à l'ankylose, enfin l'atrophie musculaire qui l'accompagne rendent le *pronostic* sérieux.

Influence de l'accouchement sur l'évolution de l'arthrite. Plusieurs auteurs, Lorrain notamment, ont cru à l'influence heureuse de l'accouchement sur l'évolution de l'arthrite — et instituaient leur traitement en conséquence — c'est-à-dire provoquaient l'accouchement prématuré.

On ne saurait trop condamner cette pratique.

Si dans quelques cas l'arthrite cède après la délivrance, il est bien plus fréquent de la voir continuer sa marche ; les symptômes s'exagèrent et dans plusieurs observations nous voyons les enfants mourir quelques jours après l'accouchement et la mère gagner une ankylose de l'articulation malade malgré l'interruption prématurée de la grossesse.

Influence de l'allaitement. Les faits avancés par Lorrain pour prouver l'influence directe néfaste de l'allaitement ne sont pas assez probants.

Probablement qu'il n'agit que d'une façon tout à fait indirecte en rendant l'immobilité de la jointure plus difficile chez une femme obligée de prendre souvent son enfant pour lui donner le sein.

Influence de l'arthrite sur la grossesse. L'arthrite ne paraît pas exercer d'influence appréciable sur l'évolution de la grossesse.

Traitement. Le salicylate de soude, le sulfate de quinine, l'iodure de potassium n'ont aucune action sur la maladie.

Le seul et unique traitement — parmi les interventions non opératoires — sur lequel il faille compter pour amener la cessation des douleurs et la guérison — c'est l'*immobilisation absolue* de la jointure

malade dans un appareil plâtré. Grâce à l'immobilisation parfaite, on supprime le plus souvent la douleur dès les premiers jours; on évite ainsi la désorganisation des surfaces articulaires et par suite l'ankylose.

Mais comme pourtant, malgré ce traitement, la raideur est possible, il faut avoir soin de mettre le membre en bonne position.

Un point sur lequel il faut insister, c'est la longueur à donner à l'appareil, dans le cas d'arthrites du cou de pied et du poignet surtout; — on laissera les articulations du pied et de la main libres — sinon à la levée de l'appareil, on retrouvera guéries les grandes articulations, mais les petites articulations seront tellement raides qu'il faudra recommencer pour elles un véritable traitement.

Dans les formes avec épanchement abondant, la ponction suivie d'injections modificatrices, au besoin l'arthrotomie pourraient donner d'excellents résultats.

Les soins consécutifs ont surtout pour but de prévenir l'ankylose par des mouvements passifs imprimés à l'articulation malade, autant que possible par le médecin lui-même, car ces mouvements doivent être faits progressivement sans brusquerie.

Contre l'atrophie musculaire, le massage, l'électricité rendront de grands services.

Disons pour terminer que ces arthrites ont parfois une tendance telle à la plasticité que l'ankylose est presque fatale. On a attiré l'attention sur l'importance du traitement de la blennorrhagie urogénitale pour la guérison de l'arthrite gonococcique.

Duplay, à Lariboisière, prétendait obtenir par ce traitement une guérison bien plus rapide que par l'immobilisation seule.

D^r DE KONINCK.

DU DIAGNOSTIC DE L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE.

Le dr Gilles de la Tourette a publié dans la *Semaine Médicale* une remarquable étude sur le diagnostic et le pronostic de l'hémorragie cérébrale et des états apoplectiques.

Pour arriver au diagnostic, si souvent entouré de grandes difficultés, de l'hémorragie cérébrale vulgaire, il est bon d'abord d'avoir en considération les *notions étiologiques* les plus importantes.

Il y a des causes prédisposantes : tels sont l'âge, l'hérédité.

Ainsi, il y a des familles dont les membres meurent en grand nombre d'hémorragie cérébrale, puis, c'est rarement avant 50 ans qu'on observe cette affection. Cependant, presque tous les médecins ont rencontré des cas d'hémorragie cérébrale survenus beaucoup plus tôt. Ces hémorragies cérébrales précoces sont consécutives à des malades infectieuses et surtout à la syphilis, maladie éminemment productrice de lésions artérielles.

En dehors de l'âge et de l'hérédité, il faut citer toutes les causes génératrices d'artérite aiguë ou d'artério-sclérose, toutes les maladies infectieuses, la goutte, le rhumatisme, l'alcoolisme, le saturnisme, etc.

Ces causes amènent les lésions artérielles ; elles prédisposent, par conséquent, à la rupture vasculaire.

Les causes déterminantes sont celles qui favorisent la rupture des artères déjà malades. Elles sont très importantes à connaître, car en s'opposant à leur action par une hygiène sévère, on pourra reculer, peut-être pendant longtemps, la rupture vasculaire. L'influence du froid est considérable, surtout quand le refroidissement est subit et que le sujet passe d'une température élevée à une température basse, la contraction des vaisseaux périphériques produisant une augmentation de pression vers les régions centrales et le cerveau en particulier. Les bains froids, la douche froide produisent ces effets. L'ingestion de grandes quantités de liquides, de boissons alcooliques, de thé, de café, une alimentation trop copieuse surtout le soir, agissent dans le même sens. Il faut en dire autant du coït surtout s'il a été pratiqué après un repas copieux. Les attaques d'épilepsie, en raison de l'exagération de pression artérielle qu'elles déterminent, amènent souvent l'hémorragie cérébrale.

L'étude des *symptômes* n'est pas non plus sans intérêt pour le diagnostic.

Précédée parfois de prodromes (céphalalgie, bouffées congestives à la tête, vertiges), mais le plus souvent sans aucun phénomène prémonitoire, l'hémorragie cérébrale se manifeste subitement, instantané-

ment. Le sujet, sans pouvoir analyser ce qui se passe chez lui, perd connaissance et tombe sur le sol. Toutes les fonctions encéphaliques sont suspendues, alors même que l'hémorragie est peu importante et en vertu de cette action synergique et des phénomènes d'inhibition qui, comme Jaccoud l'a établi, se généralisent à tout le cerveau. Seules, la respiration et la circulation persistent. Le malade est dans le coma ; souvent il y a émission inconsciente des urines et des matières fécales, parfois des vomissements. Les yeux fermés, la pupille contractée, la tête roulant indifféremment d'un côté ou d'un autre, le malade est insensible à toutes les excitations et les membres soulevés retombent flasques et inertes le long du corps.

Tel est en quelques traits l'état apoplectique, mais comment savoir qu'il s'agit d'une hémorragie cérébrale ?

La notion de l'âge du malade, celle de la soudaineté de l'attaque apoplectique auront ici un grand poids, mais souvent il arrive que l'on n'a pas de renseignements sur les faits qui ont précédé l'attaque et le coma ; la résolution des membres, l'insensibilité aux excitations peuvent se rencontrer dans d'autres lésions que l'hémorragie cérébrale.

C'est l'*examen de la température* qui donnera alors les renseignements les plus précieux. En effet, comme l'ont bien établi Charcot, Lépine et surtout Bourneville, au moment où se produit l'hémorragie cérébrale, il y a *une baisse de la température* qui tombe à 36° et même à 35° dans certains cas. Cet abaissement thermique dure quelques heures seulement et il arrive, par conséquent, souvent que le médecin est appelé auprès du malade trop tard pour pouvoir le constater. En effet, trois ou quatre heures après le début, *la température remonte* à 38°, 39°. Elle peut ensuite rester stationnaire ou s'élever encore, et ces modifications thermiques ont la plus grande importance au point de vue du pronostic, comme nous verrons plus loin.

Seulement, il ne faut pas croire que l'étude des variations que présente la température après l'attaque d'apoplexie puisse nous donner un élément certain de diagnostic entre l'hémorragie et le ramollissement du cerveau. Dans l'une comme dans l'autre de ces deux lésions anatomiques, la température s'élève peu, s'il s'agit d'un cas bénin et monte beaucoup s'il est question d'un cas grave. Toutefois, au moment de l'ictus apoplectique, ce diagnostic différentiel n'a qu'une importance de second ordre.

Le problème difficile et dont la solution a une importance capitale consiste à différentier l'attaque d'apoplexie des états comateux qui peuvent la simuler.

L'auteur envisage deux cas bien distincts : 1° l'état apoplectique

est lié à une lésion organique des centres nerveux ; 2° il est sous la dépendance d'un simple trouble fonctionnel ou d'une maladie générale, intoxication ou autre, dont la manifestation principale est localisée sur le système nerveux central.

I. — *Comas dus à des lésions matérielles.* — Après avoir songé à l'*hémorragie cérébrale* ou au *ramollissement*, il faut penser aux *néoplasmes intra-crâniens*. Les tumeurs de diverse nature, carcinomes, gliomes, kystes hydatiques, surtout les gommes syphilitiques, etc., appelleront particulièrement l'attention. On comprend que, dans le cas où l'on ne peut recueillir aucun renseignement sur les antécédents personnels du sujet, quand, par exemple, le malade ramassé dans la rue est apporté à l'hôpital par des personnes qui ne le connaissent pas, le diagnostic est des plus difficiles, sinon impossible. Toutefois, s'il existe des secousses épileptiformes dans un membre ou dans les membres d'un même côté, bien que ces secousses s'observent parfois dans certaines hémorragies méningées, on pourra penser à une lésion localisée en foyer, peut-être plus spécialement à la surface de l'encéphale. L'élévation thermique ne donnera pas de grands renseignements pour le diagnostic, puisqu'on peut l'observer dans l'hémorragie cérébrale, dans le ramollissement, tout comme dans le cas d'un néoplasme crânien.

Le diagnostic devient dès lors extrêmement difficile en l'absence de renseignements sur l'état antérieur du malade. Mais, si l'on peut obtenir ces renseignements, les difficultés diminuent. On apprend alors que, depuis un temps ordinairement assez long, le malade avait de fréquentes et tenaces céphalalgies, qui débutaient ordinairement par un même point, toujours le même, de la périphérie crânienne, puis s'irradiaient du côté opposé. On apprend aussi que l'attaque d'apoplexie n'a pas été subite, instantanée, mais que, depuis quelques jours, le sujet était comme somnolent, engourdi, qu'il accusait une faiblesse croissante dans l'un des côtés du corps, tous symptômes indiquant la compression croissante de l'encéphale. Dans quelques cas, on signalera de la diplopie, de l'affaiblissement visuel, et, par l'examen ophtalmoscopique, on pourra constater l'existence d'une névrite optique. Il ne faudra jamais oublier de rechercher les traces d'anciennes lésions syphilitiques ; cicatrice du chancre primitif, cicatrices cutanées consécutives aux syphilides profondes, lésions anciennes sur la langue, les amygdales, le voile du palais, ganglions indurés. Toutes ces constatations pourront mettre sur la voie de l'existence d'une gomme syphilitique intra-crânienne. Mais il ne faudra pas repousser cette hypothèse, alors même que l'on ne trouverait plus

aucune trace soit de l'accident primitif, soit des accidents secondaires, puisque la manifestation cérébrale peut être, nous le savons, le seul accident d'une syphilis dont les vestiges anciens ont disparu.

Bien entendu, si l'on apprend que, depuis un temps plus ou moins long, le malade a présenté, soit à la face, soit dans un membre, soit enfin dans tout un côté du corps, et à plusieurs reprises, des secousses convulsives rappelant l'épilepsie partielle ou jacksonienne, le diagnostic de néoplasme, syphilitique ou non, deviendra de plus en plus certain. Quant à la nature du néoplasme, en dehors des cas bien avérés de syphilis constitutionnelle chez le sujet et parfois même dans ces cas, il sera de toute impossibilité de la préciser.

Il faut dire encore que, dans le cas de néoplasme intra-crânien, par opposition à ce qui se passe dans l'hémorragie cérébrale, l'état comateux se prolonge plus longtemps qu'il n'est de règle. Et ce coma persiste malgré une température modérée, et cela en raison de la gêne que la tumeur apporte à la circulation veineuse.

Il faudra songer encore aux *traumatismes*, *crâniens*, qui peuvent occasionner des états apoplectiques ou comateux d'un diagnostic difficile. Sans doute, si le traumatisme a eu des témoins, si le médecin constate une plaie, un hématôme du cuir chevelu, une fracture apparente du crâne avec enfoncement ou chevauchement des fragments osseux, si dans d'autres cas il y a un écoulement de sang ou de liquide céphalo-rachidien par l'oreille, quelquefois par le nez, le diagnostic s'impose par lui-même. Mais il peut arriver que l'on manque de renseignements, qu'aucun de ces symptômes ne se rencontre; le sujet est dans le coma, et c'est tout.

Il est bon de savoir que la température se comporte dans le cas de traumatismes intra-crâniens comme dans celui de l'hémorragie cérébrale.

Il faut enfin songer à l'*état comateux d'origine épileptique*, dont le diagnostic est généralement facile.

Ordinairement, les choses se passent de la manière suivante : Un homme est ramassé dans la rue et transporté à l'hôpital. On ne trouve sur lui aucune trace de violences; mais il a une écume sanguinolente à la bouche, la langue a été mordue, parfois sur la face et sur le cou, il y a des taches pétéchiales; aucun indice d'hémiplégie; le thermomètre marque 39°.

S'il s'agit d'une attaque simple, le coma cessera bientôt et, le malade reprenant connaissance, complétera le diagnostic par les renseignements qu'il donnera. S'il s'agit de l'état de mal, le coma persistera mais on verra bientôt survenir des convulsions toniques et cloniques limitées d'abord et bientôt généralisées à tout le corps. A ces convul-

sions succédera une accentuation du stertor comateux. La température s'élèvera encore et pourra même dépasser 40°. Le malade est en grand danger, surtout si les accès convulsifs se reproduisent et deviennent subintrants.

II. — *Comas dus à des troubles fonctionnels.* Les cas de comas *à forme apoplectique* dus aux néoplasmes encéphaliques, aux traumatismes crâniens, à l'épilepsie sont ceux qui se rapprochent le plus de l'ictus apoplectique de l'hémorragie ou du ramollissement du cerveau. Ils présentent tous des lésions matérielles de l'encéphale et s'accompagnent d'une élévation thermique.

Les états comateux du second groupe sont tout différents, à ce point qu'il convient de les désigner sous le nom générique de comas et non plus d'ictus apoplectiques. Leur début est moins soudain et leur durée ordinairement plus longue. Le médecin praticien doit bien les connaître, car le pronostic et le traitement souvent très efficace qu'ils comportent dépend de leur connaissance et partant de leur diagnostic exact.

Parmi ces cas, l'auteur distingue en premier lieu *les états comateux consécutifs à des intoxications ;* ils ont un caractère général commun qui les différentie des ictus apoplectiques et comateux; ce caractère consiste en ce que *la température, au lieu de s'élever, tend à descendre,* et en ce que *cette chute de la température aggrave le pronostic, tandis que l'exaltation de la température aggrave le pronostic des autres.*

Il n'y a qu'une exception à faire, c'est pour l'intoxication alcoolique, lorsqu'elle se manifeste sous la forme du délirium tremens, mais il ne s'agit plus alors d'un état comateux.

Le dr Gilles de la Tourette examine successivement les hétéro-intoxications et les auto-intoxications.

Hétéro-intoxications. Il faut en premier lieu signaler l'intoxication aiguë par *l'alcool :* l'ivresse, poussée très loin, produit un état comateux qui succède à une période d'excitation ordinairement d'assez courte durée, si la dose d'alcool a été massive. Le malade est ivre-mort. Alors sa température est abaissée et l'abaissement en question persiste jusqu'à la mort si elle doit survenir.

L'intoxication par *l'opium* est ordinairement réalisée par l'absorption de doses massives de laudanum. Il s'agit, le plus souvent, d'un suicide. Alors les sujets sont dans un état de coma absolu, mais sans stertor. Leur pouls est petit, à peine perceptible, leurs pupilles très contractées, leurs extrémités refroidies et la température toujours au dessous de la normale. Ils meurent dans l'hypothermie avec un état défaillant du cœur. Cet état a été précédé de vomissements colorés en jaune safrané par le laudanum et dégageant l'odeur du safran. Sur

leur linge on trouve également des taches safranées, ainsi que sur la face et sur le cou. Tous ces signes permettent le plus souvent, même en l'absence de renseignements, d'établir le diagnostic de cette intoxication.

L'intoxication par la *morphine* présente les plus grandes analogies symptomatiques avec la précédente. Ici encore, il y a des vomissements fréquents au début, puis un coma absolu, sans stertor, et un abaissement de la température. Comme presque toujours il s'agit de morphinomanes qui ont voulu terminer leurs jours par le suicide, on trouve sur le corps les traces nombreuses des piqûres des injections sous-cutanées de morphine que se pratiquait le sujet.

Le diagnostic précis des états comateux consécutifs aux intoxications aiguës par la *digitale*, l'*aconit*, la *jusquiame*, la *belladone* est difficile à établir en dehors de renseignements ; avec la belladone, toutefois, la dilatation des pupilles mettra sur la voie, mais pour les autres poisons, on sera plus embarrassé. Ces intoxications sont rares et c'est à l'état du cœur qu'il faudra s'adresser pour porter un pronostic sur chaque cas particulier.

Auto-intoxications. Les états comateux consécutifs aux auto-intoxications sont notablement plus fréquents que ceux dus aux hétéro-intoxications. Les plus importants et les plus fréquents sont ceux qui surviennent dans le cours du diabète et de l'albuminurie. Il s'agit surtout du *coma urémique* et du *coma diabétique*. Etant donné un sujet plongé dans un état comateux quelconque, en raison de la fréquence de l'intoxication d'origine diabétique ou d'origine urémique, il faut toujours *examiner les urines du malade*, pratiquer le cathétérisme pour les obtenir et y rechercher le sucre, l'albumine et l'urée. Cette analyse aura la plus grande valeur au point de vue du diagnostic à établir.

L'auteur donne les indications suivantes sur ce diagnostic différentiel si important : très rarement le coma urémique et le coma diabétique surviennent d'emblée; le plus souvent ils sont précédés de phénomènes convulsifs, auxquels s'ajoutent des désordres gastro-intestinaux, vomissemeuts et diarrhée, et des troubles dypnéiques fréquents dans les deux cas. Néanmoins ces phénomènes prémonitoires peuvent ne plus exister au moment où le médecin est appelé; celui-ci se trouve uniquement en présence d'un état comateux sur lequel seul le diagnostic doit s'établir. Dans ce cas, le meilleur moyen de lever tous les doutes est de pratiquer l'examen des urines; mais il n'est pas toujours facile de s'en procurer; la sonde introduite dans la vessie peut trouver celle-ci vide. Là encore l'élément capital du diagnostic se tirera de l'étude de la température. Non seulement, dans ces deux

états, elle ne s'élève pas au-dessus de la normale, mais encore elle s'abaisse considérablement au-dessous, surtout si la situation menace d'être grave. Il n'est pas rare de noter 36° ou 35° dans le coma urémique et dans le coma diabétique ; plus le thermomètre s'abaisse, plus la vie est compromise. A la vérité, il est des cas complexes où le doute est permis ; c'est lorsque après avoir constaté un abaissement au-dessous de la normale, on voit tout à coup le thermomètre monter rapidement, le sujet albuminurique ou glycosurique avéré, par exemple, restant toujours comateux. Cela tient à ce que chez les brightiques artério-scléreux et chez les diabétiques, les hémorragies cérébrales ne sont pas rares.

Pour différentier le coma diabétique du coma urémique, on pourra fréquemment se baser sur l'*odeur de l'haleine* des malades exclusivement : dans le cas de coma diabétique, en effet, l'haleine du sujet a ordinairement une odeur prononcée d'acétone, qui se répand parfois dans toute la chambre et sur l'origine de laquelle le médecin ne peut, pour ainsi dire, jamais se tromper.

En dernier lieu, il y a à signaler dans un chapitre à part *l'attaque d'hystérie à forme apoplectique ou comateuse.* Nous avons vu que, dans l'épilepsie, l'état comateux ou, pour mieux dire, l'état stertoreux ne s'établit que pendant l'état de mal épileptique, à la suite d'une série d'accès convulsifs subintrants dont la constatation suffit pour établir le diagnostic. Le plus souvent, les choses se passent de la même façon dans l'hystérie.

Toutefois, le d^r Gilles de la Tourette a vu des hystériques indéniables, nullement entachées d'épilepsie, tomber frappées subitement et rester inertes, si bien que s'il s'était agi de personnes d'un âge avancé, l'hypothèse d'une hémorragie cérébrale eût pris corps immédiatement.

En pareil cas, l'étude des antécédents morbides des malades, la constatation qu'elles sont, depuis un temps plus ou moins long, sujettes à des crises d'hystérie, leur âge pourront assurer le diagnostic. Mais, en l'absence de ces renseignements, c'est encore au thermomètre qu'il faudra demander la solution du problème. Chez les hystériques en état apoplectique ou comateux du fait de l'hystérie seule, la température reste normale ; elle est ce qu'elle est les jours précédents, elle ne s'élève, ni ne s'abaisse. Toutefois si, pendant quelques jours après l'attaque, la malade reste privée de toute alimentation, on pourra constater un abaissement réel de la température, abaissement dû à l'inanition prolongée. Il est un autre signe qui, selon l'auteur, a plus d'importance encore : il consiste dans un battement, un frémissement vibratoire des paupières, qui ne fait presque jamais défaut et, dans

tous les cas, n'existe dans aucun des états apoplectiques ou comateux précédemment étudiés. Il ne faut pas oublier non plus que, chez ces malades, une exploration méthodique peut amener la découverte d'une zone hystérogène, capable de transformer le coma en convulsion ou bien encore d'amener le réveil. Le médecin praticien doit aussi se rappeler que pendant le coma hystérique, il peut assister au développement d'une hémiplégie de même nature. Il ne se trompera pas sur son origine hystérique, puisqu'ici ce n'est pas une paralysie faciale réelle que l'on observe, mais bien un spasme glossolabié. Dans ces cas, le diagnostic est donc facile, au moins le plus habituellement.

Cependant, il y a des cas complexes où non seulement l'hésitation est permise, mais où le diagnostic est réellement impossible : le dr Gilles de la Tourette, sur la foi de certains faits, n'hésite pas à admettre que, par le fait de l'hystérie même, des hémorragies cérébrales peuvent se produire, de même que des hémoptysies et des hématémèses.

Par conséquent, en présence d'une hystérique plongée dans le coma et présentant de l'hémiplégie, le médecin ne doit pas éliminer d'emblée l'idée d'une hémorragie cérébrale. C'est encore le thermomètre qui assurera le diagnostic, puisque, nous l'avons vu, chez les hystériques dont le coma est exclusivement d'origine hystérique, la température reste normale, tandis que chez les hystériques dont le coma résulte d'une lésion matérielle du cerveau, il y a toujours élévation de la température ; celle-ci souvent monte au-dessus de 39°.

Comme conclusion pratique de cette étude, il y a surtout à retenir qu'en présence d'un cas d'ictus apoplectique ou d'un état comateux simulant cet état, le médecin aura à prendre la température du malade.

Trois cas pourront alors se présenter :

1° La température est normale et alors il ne peut s'agir que d'une lésion très peu importante du cerveau, qui guérira probablement même sans laisser de paralysie après elle, ou bien c'est un coma d'origine hystérique, et la recherche des antécédents morbides des malades viendra confirmer le diagnostic.

2° La température est au-dessous de la normale. Dans ce cas on n'a pas affaire à des altérations matérielles du cerveau, mais à des auto-intoxications ou à des hétéro-intoxications. Il s'agit du coma urémique ou du coma diabétique, que l'analyse des urines différenciera l'un de l'autre. Il s'agit de l'intoxication alcoolique aiguë, d'un empoisonnement par le laudanum ou la morphine, d'un empoisonnement par la digitale, la jusquiame, la belladone, dont on devra rechercher les signes spéciaux pour établir un diagnostic précis. Il est bien entendu que plus l'abaissement thermique sera prononcé et plus aussi le pronostic sera assombri.

3° La température est au-dessus de la normale. Elle arrive à 39° et dépasse même ce chiffre. La situation est d'autant plus grave que la température est plus élevée. Il s'agit d'une lésion importante du cerveau qui menace sérieusement la vie. Le malade peut avoir une hémorragie cérébrale, un ramollissement. S'il survit il sera hémiplégique. Ou bien c'est une tumeur intracrânienne qui est en cause, un traumatisme qui a produit de graves altérations. Il peut arriver encore qu'il s'agisse d'un état de mal épileptique pouvant être suivi de mort.

L.

DU PRONOSTIC DE L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE.

La première question à laquelle le médecin aura à répondre, sera la suivante : *Le malade succombera-t-il à l'ictus apoplectique qui le tient plongé dans le coma?*

Le dr Gilles de la Tourette passe en revue les principaux facteurs qui interviendront dans la solution du problème.

1° Dans certains cas, au lieu de la flaccidité des membres constatée pendant l'ictus apoplectique, il existe de la contracture et même des convulsions, qui, limitées à un seul côté pendant un temps plus ou moins long, tendent à se généraliser à toutes les parties du corps. Or, *les contractures et les convulsions dites précoces donnent une haute gravité au pronostic*, car elles indiquent les grandes hémorragies avec inondation ventriculaire ou bien des hémorragies méningées très étendues. Elles ont pour cause l'irritation de l'épendyme ventriculaire ou des méninges par le sang épanché.

2° De même que pour le diagnostic, *la marche de la température a la plus grande importance pour le pronostic.*

Si la température reste au-dessous de 39° et qu'elle se maintienne à ce degré pendant les vingt-quatre ou trente-six heures qui vont suivre, il y a lieu d'espérer que le malade survivra. Par contre, si le thermomètre approche de 40° 5, 41° et même 42° ou encore 43° 2, on peut en conclure à une mort certaine et souvent très rapide. C'est là la règle, mais il y a des exceptions. Chez certains sujets, très âgés ou très affaiblis, la température peut rester stationnaire pendant quelques jours et la mort survenir, bien que le thermomètre ne se soit pas élevé au-dessus de 39° et même de 38°. Mais, en somme, ce sont là des cas rares.

3° Un symptôme spécial : *la déviation conjuguée de la tête et des yeux, est le plus souvent de mauvais augure.*

Il arrive assez fréquemment que chez les sujets frappés d'apoplexie, ce symptôme existe ; la tête est dans ce cas tournée vers l'un ou

l'autre côté, et elle revient dans la même position chaque fois qu'on cherche à la déplacer. En même temps, les deux yeux sont synergiquement tournés du même côté que la tête, à droite ou à gauche. Ce signe est fâcheux, surtout si l'élévation thermique l'accompagne ; mais, même avec une température qui n'atteint pas 39°, il doit inspirer de vives inquiétudes et faire craindre une mort prochaine. Daus les cas de lésions destructives du cerveau (hémorragie ou ramollissement), la déviation conjuguée de la tête et des yeux se fait du même côté que la lésion anatomique, du côté opposé à l'hémiplégie par conséquent. Par contre, quand il s'agit de lésions irritatives du cerveau, la déviation se fait du côté de l'hémiplégie, du côté opposé à la lésion anatomique par conséquent.

4° Enfin, *il faut tenir compte de certains troubles trophiques qui se manifestent peu de temps après l'attaque, notamment de l'escharre fessière.*

L'escharre fessière, décrite par Charcot, se manifeste, du deuxième au quatrième jour après l'attaque, par une plaque d'érythème siègeant au milieu de la région fessière et se couvrant rapidement d'une éruption bulleuse se transformant en tache ecchymotique, qui constitue le decubitus acutus. Par la suite, si la vie persiste, cette tache ecchymotique se transforme en une escharre noire, de la largeur de la paume de la main environ ; mais souvent cette transformation n'a pas lieu, car la mort arrive deux ou trois jours après l'apparition de cette tache ; c'est pourquoi Charcot l'avait désignée sous le nom de *decubitus ominosus*. Il ne faut jamais omettre de rechercher cette lésion trophique chez les sujets qui ont eu une attaque d'apoplexie. Sur le membre inférieur paralysé, on peut également constater des éruptions pemphygoïdes se montrant surtout au talon, à la face interne du genou, là où se fait une pression plus accusée que dans les autres régions.

En résumé, on se dirigera, comme l'indique l'auteur, de la façon suivante :

Si, dans les douze ou vingt-quatre heures qui suivent l'ictus, la température prend une marche ascendante et dépasse 40°, la mort surviendra à brève échéance ; si la température oscille autour de 39° et qu'il existe de la déviation conjuguée de la tête et des yeux ou de la contracture précoce, il est probable que le pronostic se jugera de la même façon. Si la température reste stationnaire autour de 39° pendant deux ou trois jours et qu'il se montre du *decubitus acutus*, même réponse. Si, au contraire, la température reste au-dessous de 39° dans les premières vingt-quatre heures, le pronostic est favorable ; à plus forte raison, si elle s'abaisse encore dans les deux ou trois

jours qui vont suivre. Le sujet reviendra à lui et la survie aura lieu Se tenir cependant dans une sage réserve pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivront l'ictus, car une seconde hémorragie peut alors se produire, ce que d'ailleurs l'élévation thermique indiquerait à nouveau. Se méfier aussi, chez les personnes âgées ou très affaiblies, d'une courbe thermique peu accentuée, mais traînante, avec prolongation du coma ou d'un demi-coma. Pour que le pronostic soit nettement favorable, il ne faut pas, dans l'hémorragie cérébrale, que l'état comateux se prolonge au-delà de quarante-huit heures, et la température doit être redevenue normale au bout de quatre à six jours.

Le thermomètre ne renseigne pas, comme nous l'avons dit déjà, sur la nature de la lésion ; il ne nous dit pas s'il s'agit d'une hémorragie ou d'un ramollissement. De même, l'élévation thermique se rencontrera, fournissant les mêmes indications de pronostic relatives à la survie ou à la mort prochaine, dans les cas d'ictus apoplectiques consécutifs à des traumatismes crâniens ou à des tumeurs encéphaliques.

Étant donné que le malade doit sortir, la vie sauve, de son ictus, dans quelles conditions se trouvera-t-il ? Restera-t-il paralysé ?

La solution de ce problème est, selon l'auteur, plus facile que celle du précédent.

S'il y a de la déviation conjuguée de la tête et des yeux et que le malade survive, il y aura hémiplégie du côté opposé à la déviation. S'il n'y a pas déviation, alors même que des deux côtés les membres sont encore inertes, environ vingt-quatre heures après l'attaque, on trouvera vers la face des symptômes importants. D'un côté, du côté où se fera l'hémiplégie, la joue, la commissure labiale, la lèvre supérieure se soulèveront davantage, à la manière d'un voile, pendant l'inspiration ; comme on dit, le malade fumera sa pipe de ce côté. De plus, ordinairement, les membres paralysés, soulevés au-dessus du plan du lit, retomberont plus lourdement que ceux du côté opposé, en raison de ce qu'ils ont perdu complètement leur tonicité musculaire. Les réactions musculaires survenant à la suite du pincement, de la piqûre, s'y feront moins bien. On peut ajouter que, souvent, si la paralysie siège à droite, à la face et aux membres, on pourra constater l'association de l'aphasie à l'hémiplégie droite.

Bientôt, du reste, le diagnostic de l'hémiplégie s'affirmera davantage. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, le coma se dissipera de plus en plus, le malade sortira progressivement de sa torpeur. La paralysie faciale s'accusera mieux, la bouche sera déviée du côté sain et en examinant les membres, on constatera le retour progressif des mouvements d'un côté. Le pincement, la piqûre, y détermineront

des actes de motilité, alors même que le malade ne manifeste encore par aucune plainte la douleur produite par ces excitations. On pourrait à ce moment croire qu'à l'hémiplégie se trouve associée l'hémianesthésie. Sans aucun doute, il existe des cas d'hémorragie cérébrale où l'hémianesthésie se rencontre simultanément avec l'hémiplégie. Mais ces cas, qui tiennent à une localisation spéciale de la lésion anatomique, sont assez rares. Le plus souvent, la diminution plus ou moins prononcée de la sensibilité soit tactile, soit douloureuse, persiste seulement pendant cinq à six jours après l'ictus pour reparaître ensuite à peu près intacte.

Progressivement, l'état comateux diminue, le malade revient à lui, les fonctions cérébrales reparaissent à l'exception bien entendu de celles qui se trouvent sous la dépendance des régions qui ont été intéressées par la lésion anatomique. L.

—

TRAITEMENT DU COMA DIABÉTIQUE.

D'une étude du d^r Robin parue dans le *Bulletin génér. de thérap.*, il résulte qu'il n'y a pas de *traitement curatif* du coma diabétique.

On a préconisé la *saignée*, les *injections sous-cutanées et intraveineuses d'eau salée*. Mais aucun de ces moyens n'a donné de résultat. Le d^r Lepine propose d'injecter dans les veines deux litres de la solution suivante :

Chlorure de sodium	7 gr.
Bicarbonate de soude	18 gr.
Eau distillée	1 litre.

et de faire prendre en outre 75 gr. de bicarbonate de soude par la voie gastrique.

Le *traitement préventif* sera surtout mis en œuvre. Tout diabétique qui commence à perdre l'appétit, à maigrir, est un candidat au coma diabétique. Lorsque chez le diabétique on voit survenir des troubles digestifs, des troubles respiratoires, un affaissement ou une excitation cérébrale ; lorsqu'on constate la réaction caractéristique de l'urine, ou encore si l'on perçoit l'odeur d'acétone de l'haleine, on doit prescrire immédiatement le traitement suivant :

1° Cesser immédiatement tout régime anti-diabétique et mettre le malade au *régime lacté* intégral.

Éviter les médications intempestives.

2° Ouvrir largement les voies d'élimination intestinales des poisons retenus dans l'organisme, en donnant un *purgatif salin*.

Robin prescrit le sulfate de soude, qui est en même temps diurétique, à la dose de 30 gr.

3° Donner par la voie buccale, du *bicarbonate de soude*, à la dose de 20 grammes par jour, pour saturer les acides de l'organisme.

4° Surveiller le cœur; si le pouls est petit, rapide, irrégulier, prescrire une potion, qui agisse sur le cœur par la *digitale* et sur la circulation périphérique par l'*ergotine*.

Si au contraire, le pouls est ralenti, mais extrêmement dépressible, ordonner des injections sous-cutanées de *citrate de caféine*; à l'intérieur, donner la *théobromine* à la dose de 3 grammes, ou le citrate de caféine.

Le dr Robin recommande en outre de combattre les troubles digestifs, de faire pratiquer des frictions excitantes énergiques sur tout le corps, et, enfin, si la chose est praticable, de faire respirer de l'oxygène en grandes quantités. L.

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE DE L'INSOMNIE.

Dans l'insomnie *habituelle*, les médicaments n'ont presque toujours qu'une action incomplète et transitoire; pour obtenir une action durable, pour *guérir* l'insomnie, c'est à l'hygiène qu'il convient de s'adresser.

Le dr Plicque a indiqué dans la *Presse médicale* les principales ressources à utiliser à cet effet; il considère la dyspepsie, le défaut d'air nocturne et l'intoxication comme les trois causes les plus fréquentes et les plus importantes de l'insomnie, au point de vue pratique.

Insomnie par troubles dyspeptiques. L'insomnie du dyspeptique se présente avec des caractères assez spéciaux. Très souvent, après son repas du soir, il est pris d'une somnolence lourde, invincible. S'il se met au lit, il s'endort de suite et très profondément. Mais ce sommeil dure deux ou trois heures à peine. Le dyspeptique se réveille agité, inquiet, tourmenté par des flatulences, parfois par une véritable fringale. C'est à l'aube seulement qu'il retrouve un sommeil pénible, entrecoupé de cauchemars, se prolongeant fort avant dans la matinée. Le malade se lève courbaturé, brisé, impropre à tout travail.

On conseillera au sujet de *lutter contre le premier besoin de sommeil*, de ne se coucher que deux ou trois heures après la fin du repas, et, dans cet intervalle, de *prendre un peu d'exercice ou de distraction* modérée; le résultat sera meilleur encore, s'il prend un *repas du soir peu copieux*, composé d'aliments choisis et légers. Quelle qu'ait été la nuit, pour que la fatigue au lever ne soit pas trop grande, une condition capitale est d'éviter le sommeil tardif et prolongé du matin. En effet, le *réveil matinal*, même après une mauvaise nuit, assure une journée plus alerte, il assure pour la nuit suivante un repos meilleur.

Le d[r] Plicque ajoute quelques remarques sur la *dyspepsie des neurasthéniques ;* le sommeil du dyspeptique se fait, en quelque sorte, en deux temps. Le malade se réveille vers deux heures du matin et ne peut se rendormir qu'à l'aube. Dans la dyspepsie neurasthénique, cette période d'insomnie, particulièrement pénible, tient souvent à la vacuité de l'estomac. Elle est voisine de l'angoisse et du malaise qui atteignent, dans le jour, le neurasthénique à jeun.

On conseillera au sujet de *prendre un aliment léger au moment du premier réveil ;* pris en très petite quantité, il ramènera alors presque immédiatement un bon sommeil. Le bouillon froid, bien dégraissé, le lait, les crèmes peu épaisses, sont les aliments qui, en général, réussissent le mieux et que le malade peut avoir le plus immédiatement à sa portée.

Insomnie par défaut d'air nocturne. La quantité et la qualité de l'air respirable sont deux facteurs du sommeil non moins importants. Toutes les causes qui diminuent la quantité d'air entraînent l'insomnie. La chaleur excessive agit surtout par la raréfaction de l'air qu'elle produit Cette raréfaction se retrouve également dans les altitudes élevées et l'insomnie entre parmi les accidents du mal de montagne. Les chambres trop petites, trop calfeutrées, les rideaux de lit, les oreillers trop moelleux où la tête s'enfonce, sont néfastes pour le sommeil. La mode des *chambres à coucher vastes et peu meublées*, la mode des *fenêtres entr'ouvertes la nuit*, sont, au contraire, excellentes. L'habitude de dormir la fenêtre ouverte réussit particulièrement dans l'insomnie des neurasthéniques. Quand l'ouverture des fenêtres, pendant la nuit, est mal tolérée, tout au moins est-il indispensable d'aérer très largement la chambre pendant une heure ou deux avant le coucher. Les odeurs désagréables sont toujours nuisibles.

A cette catégorie d'insomnies, on peut rattacher celles qui proviennent d'une *diminution du champ respiratoire* physiologique. C'est le cas dans les végétations adénoïdes de l'enfance, cette cause pratique si importante d'insomnie. C'est le cas dans la pleurésie où les troubles du sommeil constituent une des indications les plus formelles de la thoracentèse. C'est le cas, chez les emphysémateux, les cardiaques, les tuberculeux. Chez tous ces malades, le sommeil est avant tout une question de quantité et de qualité d'air.

Insomnies par intoxications. Parmi les intoxications susceptibles de produire l'insomnie, l'action du *tabac*, du *thé*, du *café*, de l'*alcool* et des boissons alcooliques est bien connue. Certaines *intoxications médicamenteuses*, par des doses trop élevées ou trop prolongées, caféine, belladone, digitale, arsenic, strychnine, doivent être aussi

mentionnées. Le *surmenage, soit physique, soit intellectuel*, agit, enfin, par une véritable auto-intoxication. Rien de plus fréquent que l'insomnie par excès de fatigue. Cette insomnie de surmenage se traduit parfois par une sorte de coma vigile. Le dormeur passe sa nuit immobile, moitié sommeillant en apparence, mais, en réalité, sans aucun repos cérébral. C'est ce qu'Arnould appelait pittoresquement « dormir de la moelle ». Le réveil le trouve encore brisé et anéanti.

Chez les enfants, outre les végétations adénoïdes, il est, enfin, indispensable de mentionner l'action des *vers intestinaux :* oxyures et ascarides, celle des *parasites cutanés* parfois méconnus. Chez l'enfant, toute insomnie dont on ne trouve pas la cause doit être comme pronostic très suspecte. Elle annonce souvent un début de méningite tuberculeuse, parfois une épilepsie larvée. Chez le vieillard, les pediculi corporis sont une cause assez fréquente d'insomnie. Ils déterminent, pendant les premières heures de la nuit, une agitation fébrile extrêmement pénible au milieu de laquelle la douleur des piqûres passe parfois inaperçue.

— Il y a un traitement hygiénique applicable à l'immense majorité des cas d'insomnie : c'est l'*hydrothérapie.*

L'auteur signale surtout les *douches* en jet ou en pluie ; elles ne doivent pas être trop froides, mais plutôt fraîches, de 16° à 20° au début et surtout chez les sujets nerveux. Elle doivent être très courtes, trente secondes à une minute pour les premières douches. La douche en cercle réussit moins bien que les deux autres variétés de douches.

A défaut de la douche, les *affusions froides* méritent d'être conseillées. L'affusion froide prescrite le soir, au moment de se mettre au lit, trois heures au moins après la fin du repas, constitue un très bon moyen pour empêcher le malade de se coucher, comme il le fait souvent, trop tôt et en pleine digestion.

Les *bains froids*, pendant la belle saison, donnent, à condition d'être courts et suivis d'une réaction suffisante, un moyen de premier ordre. Contre l'insomnie si pénible des fortes chaleurs, ils réussissent fort bien. Le bain froid du matin paraît agir mieux que celui du soir ou de l'après-midi. Les *bains tièdes*, au contraire, semblent avoir leur maximum d'effet calmant quand ils sont pris vers cinq ou six heures de l'après-midi. Les bains de tilleul, les bains de son seront préférés. A côté de l'hydrothérapie, le bain et la douche d'électricité statique, quand leur emploi est possible, constituent, surtout chez les neurasthéniques, un très remarquable moyen.

Le d^r^ Plique signale un certain nombre d'aliments qui avaient jadis la réputation de faciliter le sommeil. Tels étaient les radis, la laitue et surtout la laitue cuite, la pomme de reinette, les pêches, la

bière et le houblon, le lait et ses dérivés. Ces propriétés ne sauraient infirmer la règle de ne donner au repas du soir que des aliments choisis parmi ceux que tolère le mieux chaque estomac.

Un grand nombre de conseils hygiéniques ont été basés sur le fait que le sommeil semble forcément s'accompagner d'un certain degré d'anémie cérébrale. Les oreillers et les coussins de crin, plus frais que ceux de plume, les couvertures chaudes aux pieds en hiver, le décubitus de la tête un peu haute peuvent ainsi faciliter le sommeil.

Le rôle bien connu du calme sensoriel (obscurité, silence) sur le sommeil n'aboutit qu'à des données bien banales. L'introduction, dans les deux conduits auditifs, de petits tampons de ouate hydrophile bien graissés de vaseline, est un bon moyen de supprimer toute espèce de bruit. Mais ce sommeil de sourd est souvent un peu pénible et vaguement anxieux. L.

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'OTORRHAGIE DANS LES TRAUMATISMES DU CRANE.

Dans une leçon publiée par le *Bulletin médical*, le prof. Duplay montre combien ce symptôme, mal interprété, est facilement cause d'une erreur de diagnostic.

L'otorrhagie, surtout lorsqu'elle est suivie d'un écoulement séreux plus ou moins abondant, est considérée, à juste titre, comme un signe presque pathognomonique d'une fracture du rocher, intéressant les oreilles moyenne et interne, le sang qui provient de l'os fracturé pouvant, en effet, s'écouler par le conduit auditif externe, lorsque la membrane tympanique est déchirée.

Or, l'otorrhagie peut s'observer, à la suite d'un traumatisme, dans des circonstances diverses.

En premier lieu, il faut se défier des *fausses otorrhagies*, dans lesquelles le sang, provenant par exemple de *plaies du pavillon de l'oreille ou des régions avoisinantes*, a rempli le conduit auditif externe; en pareil cas, on pourrait croire à une hémorrhagie ayant son point de départ dans le fond de l'oreille. Pour se mettre en garde contre cette cause d'erreur, il suffira de bien nettoyer le pavillon et le conduit auditif, et de s'assurer alors de la provenance du sang.

Les *otorrhagies vraies* comprennent un certain nombre de variétés, suivant leur origine.

1° Dans une première catégorie de faits, on doit ranger les hémorrhagies qui se produisent à la suite de *fractures ou d'enfoncements de la paroi antérieure et inférieure du conduit auditif externe*, dans les chutes sur le menton.

Dans ces fractures, il est facile de reconnaître la source de l'otorrhagie, grâce au mécanisme de la chute, presque toujours indiqué par le blessé, grâce à la constatation d'une plaie ou d'une contusion au niveau du menton, et enfin par l'examen direct du conduit auditif, qui montre, sur sa paroi antéro-inférieure, l'existence d'une plaie compliquée d'une déformation locale plus ou moins accentuée.

En outre, en pareil cas, l'audition est conservée, et la membrane du tympan intacte, ou, du moins, il n'existe pas de signes de perforation de cette membrane, si l'examen direct est rendu impossible par le gonflement du conduit.

2° Dans une autre variété d'otorrhagie vraie, le sang peut provenir d'une *fracture de l'apophyse mastoïde par choc direct.*

Le sang des cellules mastoïdiennes s'écoule par le conduit auditif externe, à travers une déchirure concomitante de la membrane tympanique. Le diagnostic de cette fracture, d'ailleurs assez rare, est relativement aisé, grâces aux signes objectifs qu'on constate du côté de l'apophyse mastoïde.

Enfin, l'otorrhagie peut provenir d'une simple *déchirure de la membrane du tympan* ; c'est la variété la plus importante, celle qui donne lieu le plus souvent à des erreurs de diagnostic.

Le prof. Duplay indique en passant comment on peut, dans le cas actuel, reconnaître l'existence d'une déchirure de la membrane du tympan.

Le moyen le plus simple et le plus pratique consiste dans l'expérience de Valsalva, qu'on réalise de la façon suivante : après une forte inspiration, le blessé ferme la bouche et se pince le nez avec les doigts, de façon à obturer complètement les orifices externes des fosses nasales ; on le prie alors de faire une forte expiration en soufflant par le nez, et, dans ces conditions, l'air comprimé à l'intérieur de la cavité naso-pharyngienne pénètre dans la trompe d'Eustache et dans la caisse ; si la membrane du tympan est perforée, l'air peut s'échapper au dehors en produisant un bruit de sifflement ou une sorte de gargouillement caractéristique, dans le cas où la caisse et le conduit renferment du liquide. Si l'expérience donne un résultat positif, on peut affirmer que la membrane est déchirée, mais si, au contraire, le résultat est négatif, on doit bien se garder de conclure à l'absence de déchirure, attendu que la trompe ou la caisse peut être oblitérée par des caillots ou un gonflement de la muqueuse.

Dans le cas où l'expérience de Valsalva est restée négative, il est donc nécessaire de pratiquer, à l'aide du spéculum, l'examen direct de la membrane du tympan, lequel seul peut permettre un diagnostic précis.

La déchirure du tympan constatée, il y a lieu de déterminer si cette déchirure doit être considérée comme constituant l'unique lésion produite par le traumatisme ou, si, au contraire, elle s'accompagne d'une fracture du rocher..

Ce diagnostic est souvent très aisé. Mais il est des cas dans lesquels il est, au contraire, assez difficile pour qu'une erreur puisse être commise et pour que l'on prenne une simple déchirure du tympan pour une fracture du crâne.

La fréquence de cette erreur explique le nombre, relativement assez considérable, des cas de guérisons rapportés par les auteurs.

Il existe indubitablement des exemples de guérison, à la suite de fractures du crâne, mais ils sont, en réalité, beaucoup plus rares qu'on ne le dit généralement.

En effet, il faut savoir que les principaux symptômes attribués à la fracture du rocher peuvent se montrer à la suite de la simple déchirure du tympan. Les troubles cérébraux, en premier lieu, n'ont rien de spécial dans le cas de fracture. La commotion cérébrale peut, en effet, être très forte et même mortelle, sans qu'il y ait de fracture.

Quant à l'otorrhagie, on serait porté à croire qu'une simple déchirure de la membrane du tympan est incapable de donner lieu à un écoulement de sang aussi abondant que dans le cas de fracture du crâne. C'est là une erreur.

En troisième lieu, il peut se produire, dans le cas de simple déchirure du tympan, un écoulement d'apparence séreux qui simule l'écoulement de liquide céphalo-rachidien, et qui est provoqué par une otite moyenne, à écoulement séreux ou d'aspect louche.

Bien plus, le symptôme — si important qu'on est tenté de le regarder comme pathognomonique dans les fractures du rocher — l'hémiplégie faciale, peut également se montrer en dehors de toute fracture, par le simple fait de l'otite moyenne consécutive à la déchirure du tympan. C'est d'ailleurs un fait bien connu que toute otite, quelle qu'en soit la nature, peut se compliquer de paralysie faciale, en raison des rapports si étroits que présente le nerf facial, dans l'aqueduc de Fallope, avec les parois osseuses de la caisse du tympan.

Comment donc faire le diagnostic différentiel?

1° Pour les signes de *commotion cérébrale*, on ne peut guère tirer de leur étude minutieuse une conclusion ferme en faveur de la fracture du rocher ou de la déchirure simple de la membrane tympanique. Il est seulement permis de dire que, le plus souvent, l'existence d'une fracture sera d'autant plus probable que les signes cérébraux seront plus accentués et persisteront davantage.

2° L'*otorrhagie*, bien que parfois abondante à la suite d'une déchirure du tympan, est, dans la grande majorité des cas, beaucoup moins importante que quand il s'agit d'une fracture du rocher. De plus, dans ce dernier cas, elle se manifeste ordinairement d'une façon *intermittente*, qui est assez caractéristique.

3° Quant à l'*écoulement séreux*, qui succède à l'otorrhagie, il présente, dans le cas de fracture du rocher, des caractères suffisamment nets pour permettre un diagnostic ferme. Beaucoup plus abondant que celui qui dépend d'une otite, l'écoulement de liquide céphalo-rachidien, consécutif à une fracture de la base du crâne, se reconnaît facilement d'après ses caractères chimiques. Le liquide céphalo-rachidien renferme, en effet, beaucoup moins d'albumine et, en revanche, beaucoup plus de chlorure de sodium que le sérum du sang et les liquides fournis par les suppurations.

D'ailleurs, l'écoulement de liquide céphalo-rachidien se produit dès le début ou immédiatement après que l'otorrhagie s'est arrêtée, tandis que, dans l'otite consécutive à une déchirure de la membrane du tympan, c'est seulement quelques jours après l'accident qu'on voit apparaître un écoulement d'aspect séreux, qui, assez souvent, ne tarde pas à devenir séro-purulent ou franchement purulent.

4° Il en est de même pour l'*hémiplégie faciale*, qui, lorsqu'elle est symptomatique d'une fracture du rocher, survient immédiatement après le traumatisme, alors que, dans les cas d'otite compliquant une déchirure tympanique, elle ne constitue jamais qu'un symptôme plus ou moins tardif.

5° Il y a encore un autre élément de diagnostic : il est fourni par l'*examen de la fonction auditive*.

Dans les deux affections, la fonction auditive est plus ou moins abolie. Dans le cas de fracture, l'abolition est presque toujours *complète* et *immédiate*, puisque l'oreille interne et l'oreille moyenne sont généralement intéressées en même temps.

Dans la rupture tympanique, l'abolition de l'ouïe, plus ou moins complète, apparaît, au contraire, *tardivemeut*, parce qu'elle résulte surtout de l'otite consécutive à la lésion du tympan. Mais ce qui est plus caractéristique encore, c'est le résultat de l'étude de la transmission du son par les parois osseusses. En effet, dans la simple rupture de la membrane du tympan, l'appareil de réception, c'est-à-dire l'oreille interne, reste intact. Par conséquent, dans ce cas, les vibrations du diapason, placé sur la tête du blessé, seront parfaitement perçues du côté de la lésion, et elles seront même plus fortement perçues de ce côté que du côté sain. Si, au contraire, il s'agit d'une fracture, le diapason ne donnera lieu à aucune perception du côté malade.

Comment se produit la déchirure du tympan dans les traumatismes de la tête? Divers mécanismes peuvent être invoqués. L'auteur signale, en premier lieu celui qui consiste dans le *refoulement brusque de la colonne d'air* renfermée dans le conduit auditif, comme il arrive souvent lorsqu'un soufflet est appliqué sur l'oreille. Une forte détonation éclatant à proximité du conduit auditif, peut produire le même résultat, et, comme on sait, cet accident n'est pas très rare chez les artilleurs.

Peut-être pourrait-on se contenter d'une semblable explication dans certains cas de rupture de la membrane du tympan, consécutives à des chutes ou à des coups violents sur le côté de la tête. Mais le plus souvent, semble-t-il, le mécanisme de la rupture est tout autre et, dans la plupart des cas, il s'agirait d'une déchirure indirecte de la membrane du tympan, sous l'influence des *vibrations transmises*, dans une chute sur la tête, *au cercle tympanal, puis à la membrane elle-même* fortement tendue dans ce cadre osseux.

Le pronostic des ruptures traumatiques simples de la membrane du tympan est bénin; tous les accidents, y compris l'hémiplégie faciale, rétrocèdent peu à peu, et cette marche rapide vers la guérison vient confirmer bientôt le diagnostic.

Quant au *traitement*, il y a lieu d'insister seulement avec l'auteur sur l'importance d'une *antisepsie rigoureuse du conduit auditif*, et sur la nécessité absolue de s'abstenir d'explorations trop prolongées du côté de l'oreille moyenne. De même, il faut éviter soigneusement de pousser trop fortement des injections antiseptiques dans le conduit. En un mot, il faut craindre avant tout d'infecter l'oreille, et ces recommandations acquièrent, bien entendu, une grande importance lorsque, avec la déchirure du tympan, il y a une fracture du rocher.

L.

—

DES MODIFICATIONS DU POIDS DU CORPS DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE EN VOIE DE GUÉRISON.

Le d^r^ Wolff-Immermann a recueilli ses observations dans un sanatorium pour tuberculeux où, par principe, les malades ne sont pas soumis à la suralimentation; une bonne hygiène, la vie au grand air, les promenades, l'influence du climat, une vie bien réglée, sont les seuls facteurs sur lesquels on compte pour obtenir la guérison. Les pesées, faites de façon à éviter toute cause d'erreur pouvant résulter de l'habillement, du repas, des mictions, etc., ont permis d'établir des courbes, dont l'étude a donné à l'auteur les résultats suivants :

Chez un tuberculeux en voie de guérison et qui augmente de poids,

on constate que cette augmentation se fait par saccades, et que, d'une façon générale, pour une période de trois jours, le premier et le troisième jour sont marquées par une augmentation du poids, le deuxième par une diminution. La moindre infraction au régime alimentaire ordinaire (soirée passée dans un café, absorption de quelques chopes de bière, etc.), les émotions psychiques (théâtre, discussions violentes, mauvaises nouvelles, chagrin, etc.), se manifestent de suite, c'est-à-dire à la pesée du lendemain, par une diminution du poids, laquelle diminution est, parfois, considérable. Une joie, une bonne nouvelle agissent en sens inverse et provoquent une augmentation. Comme exemple typique, l'auteur cite le cas d'une femme, qui, pendant les trois premières semaines de son séjour au sanatorium, gagne seulement 300 grammes; son mari vient la voir et reste avec elle trois semaines, et pendant ces nouvelles trois semaines, la malade gagne 2,500 grammes.

Un point intéressant, mis en lumière par ces pesées, est la façon dont agit le lait donné à la dose de deux ou trois litres par jour, comme supplément au régime ordinaire. Sous son influence, le poids augmente pendant quelques jours, puis reste stationnaire, et, quand on cesse alors le lait, le malade perd ce qu'il a gagné. Ce fait se produit régulièrement et d'une façon indépendante de la quantité de lait donné et de la gravité de la tuberculose. L'auteur en conclut que le régime lacté peut être utilisé d'une façon passagère chez les malades dont le poids diminue sous l'influence de l'une des causes énumérées plus haut, ou encore chez les tuberculeux qui n'augmentent presque pas de poids.

C'est en excitant le pouvoir d'assimilation et les échanges interstitiels que,d'après l'auteur,agissent la cure climatérique, la vie régulière, le grand air, le séjour à une altitude plus ou moins élevée; et c'est surtout pendant la première période, la période d'acclimatation, que ces facteurs se font sentir.

Ainsi, dans le sanatorium où il a fait ses recherches, indépendamment de la saison, du temps, ainsi que de l'âge et du sexe du malade, l'augmentation du poids par semaine est, en moyenne, de 1.855 gr. pendant les premiers quinze jours, de 518 gr. pendant les deux dernières semaines du premier mois, de 360 gr. pour le reste du temps.

Les femmes et les hommes tuberculeux ne se comportent pas de la même façon. Tout d'abord, à l'arrivée des malades au sanatorium, on constate que la perte de poids (amaigrissement) est toujours plus forte chez les femmes que chez les hommes. En second lieu, le poids gagné par les femmes, pendant leur séjour au sanatorium, n'égale ordinairement pas celui qu'elles ont perdu pendant la maladie; les

hommes, par contre, arrivent ordinairement à gagner plus de poids qu'ils n'en ont perdu. Enfin, les hommes arrivent au poids maximum plus vite que les femmes. L.

—

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION HABITUELLE PAR L'ALIMENTATION.

Le dr Hirschfeld, dans un travail analysé dans la *Revue de thérap. médico-chirurg.*, fait remarquer que la constipation chronique s'observe surtout dans les classes aisées de la population, et en trouve la cause dans l'exercice musculaire insuffisant et l'alimentation insuffisamment végétarienne.

Une alimentation de résorption trop facile produit facilement de la constipation; nous avons dit, dans un précédent article, à propos du régime végétarien, que les végétaux, à part les graines préparées industriellement pour l'alimentation, ne fournissent à l'absorption qu'une proportion insignifiante de leurs matériaux constitutifs; on trouvera dans le tableau dressé par le dr Hirschfeld une confirmation de ce fait.

Pour les aliments usuels, la proportion des déchets est en effet la suivante :

	Substance sèche	Albumine	Hydrocarbures.
Viande	5.3 o/o	2.6 o/o	» o/o
Œufs	5.2	2.6	»
Lait	8.8	7.1	»
Petits pois	9.1	17.5	3.6
Pain blanc fin	4.0	20.0	2.3
Pain ordinaire	6.7	24.6	2.6
Pain de gruau	12.2	30.5	7.4
Carottes	20.7	39.0	18.2
Pommes de terre	9.4	32.2	7.6
Riz	4.1	20.4	0.9

On voit par ce tableau que la distinction entre la nourriture animale et la nourriture végétale ne suffit pas pour apprécier la quantité des déchets, car la substance sèche non résorbée n'atteint pas, pour le pain de qualité supérieure et le riz, les chiffres que donnent les aliments d'origine animale. On peut cependant admettre, comme règle générale, que les classes pauvres absorbent des aliments moins nutritifs que les classes aisées. En outre, la quantité d'eau contenue dans les selles est beaucoup plus élevée quand l'alimentation a pour base des substances imparfaitement digestibles.

Il est facile de comprendre qu'un intestin à travers lequel passent des fécès abondantes présentera des mouvements péristaltiques très marqués. Inversement, une alimentation fournissant peu de déchets excite peu le péristaltisme et provoque des troubles digestifs qui, à leur tour, provoquent de l'inappétence. Le poids des fécès peut, dans ces conditions, descendre à un minimum qui semblerait absolument incroyable, si l'on instituait à ce point de vue des observations précises.

Donc, *pour combattre la constipation, il faut faire passer à l'arrière-plan les aliments donnant peu de déchets*, mais en se rappelant qu'un tube digestif habitué dès l'enfance à recevoir une nourriture facilement assimilable ne saurait, du jour au lendemain, être soumis à un régime opposé sans de nombreux inconvénients. On pourra toujours commencer par *remplacer le pain de froment par le pain de seigle. Le petit lait* remplacera avantageusement le lait.

Les *substances sucrées*, à condition d'être prises en grande abondance (miel par exemple), ont une influence favorable sur la défécation. Le sucre de lait, par exemple, est laxatif aux doses de 20 à 40 gr. : on peut le faire prendre le matin de bonne heure dans de la limonade.

Le cure de raisin, souvent recommandée, ne présente pas une grande fixité d'effet. Dans les années où la maturation se fait mal, le raisin contient beaucoup d'acides végétaux et provoque un effet laxatif, mais dans celles où la récolte s'annonce bonne, l'effet cherché n'est souvent pas obtenu.

Le *café au lait* est laxatif, le thé est constipant. L'action du café sera favorisée, si on fait précéder son ingestion de celle d'*un verre d'eau fraîche.* L.

DE LA CURE DE RAISIN.

La cure de raisin est recommandée depuis longtemps ; le d^r Deguy en indique les effets et les principales indications dans le *Journal des Praticiens*.

D'après Henry et Chevalier, le raisin contient :

Matières albuminoïdes . .	1.7
Sucre.	12 à 20
Substances minérales. . .	3
Eau	75 à 83

Un kilo de raisin ne renferme que 6 gr. d'albumine environ, mais contient, par contre, 150 gr. de sucre.

Les raisins ont une action diurétique réelle, et dans la plupart des cas légèrement purgative.

D'après Dujardin-Beaumetz, le raisin est très utile dans le traitement des *dyspepsies atoniques* et particulièrement dans celles qui s'accompagnent de *constipation*, comme chez les goutteux.

Pour Pringle, la cure de raisin est indiquée dans la *diarrhée chronique*, qui survit à la dysentérie paludéenne. Zimmerman la vante également dans les diarrhées chroniques; Munk et Ewald la considèrent comme efficace dans la *cystite chronique*.

Elle est indiquée chez les individus habituellement constipés, atteints de *pléthore abdominale*, d'hypérémie du foie.

On a même prétendu qu'elle avait une influence heureuse sur la scrofulose.

Dans les *cardiopathies*, la cure de raisin peut rendre de réels services. Sous l'influence de la cure, la circulation devient plus active, le pouls plus plein, plus ample; les urines sont abondantes, les selles régulières, parfois diarrhéiques, l'état général meilleur.

La cure peut se faire partout, mais est surtout pratiquée en Suisse (Montreux, Vevey), dans le Tyrol; en France, à Chelle-les-Bains.

On conseille généralement aux malades de manger de 1 kilo 1/2 à 4 kilos par jour, en rejetant les pépins et les pellicules. Les raisins pris le matin sont plus purgatifs et plus diurétiques. La durée moyenne d'une cure est de 4 semaines.

Il est très important, pendant la cure, de régler sévèrement le régime. L.

POSOLOGIE DE L'IPÉCA CHEZ LES ENFANTS.

Nous lisons dans un commentaire de l'enseignement du d[r] Comby, paru dans la *Presse médicale*, que la forme la plus sûre de l'ipéca est la *poudre*, c'est-à-dire la racine fraîchement pulvérisée.

Pour la faire accepter par les enfants, on la mettra en suspension dans l'eau sucrée, un sirop quelconque, ou le sirop d'ipéca lui-même.

Quant à la dose, elle ne doit pas dépasser 10 centigrammes par année d'âge, selon le d[r] Comby, lorsqu'on donne le remède comme vomitif. C'est ainsi qu'il faut prescrire 10 centigrammes de poudre d'ipéca à un an, 50 centigrammes à cinq ans, 1 gramme à dix ans. Et, comme on fractionne toujours cette quantité, il arrive souvent qu'elle n'est absorbée qu'en partie, le vomissement étant survenu avant l'achèvement de la potion.

Chez les enfants du premier âge, le *sirop d'ipéca* peut suffire sans addition de poudre fraîche. On formule ainsi :

Sirop d'ipéca 20 ou 30 grammes,

par cuillerées à café de cinq en cinq minutes ou de dix en dix minutes jusqu'à effet.

Chez les enfants âgés de plus de deux ans, on ajoute la poudre d'ipéca.

Sirop d'ipéca .	30 grammes.
Poudre d'ipéca	0,30 centigr.

que l'on administre de la même façon que le sirop.

Pour faciliter les vomissements, on fait prendre, après chaque cuillerée de potion, un peu d'eau chaude ou de tisane.

On peut à partir de la seconde enfance *associer l'ipéca à l'émétique*, pour renforcer son action. On donne 10 centigrammes d'ipéca par année d'âge et 1/2 centigramme d'émétique; soit, pour un enfant de cinq ans;

Poudre d'ipéca	0 gr. 50.
Tartre stibié	0 gr. 025.

Diviser en trois paquets, qu'on prendra à dix minutes d'intervalle dans une cuillerée d'eau sucrée.

L'*ipéca s'associe au calomel, à la scammonée*, lorsqu'à l'action vomitive, on veut ajouter l'effet purgatif; par exemple :

Poudre d'ipéca	0,50 centigrammes.
Calomel à la vapenr	0,25 —

Diviser en trois paquets, qu'on donnera, à un quart d'heure de distance, dans une cuillerée d'eau sucrée le matin à jeun.

Ou bien :

Poudre d'ipéca	0,50 centigrammes.
Calomel Scammonée	} *ââ* 0,15 —

Diviser en trois paquets, à prendre à dix minutes d'intervalle, dans un peu d'eau.

Enfin, on peut encore *associer l'ipéca à l'opium*. La meilleure association est réalisée dans la *poudre de Dower*, qui a pour formule :

Poudre d'ipéca Poudre d'opium	} *ââ* 1 partie.
Sulfate de potasse Nitrate de potasse	} *ââ* 4 —

Quand on donne 10 centigrammes de cette poudre, c'est comme si on donnait 1 centigramme d'ipéca et 1 centigramme d'opium brut.

Le d[r] Comby conseille la dose quotidienne de 5 centigrammes de poudre de Dower par année d'âge (25 centigrammes à cinq ans, 50 centigrammes à dix ans) et, comme toujours, il fait fractionner.

Comme le savent tous les praticiens, la poudre de Dower donne d'excellents résultats dans la coqueluche et les bronchites spasmodiques; elle calme la toux et procure le sommeil. L.

—

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE MASQUÉE.

Sous le nom de grossesse masquée, le dr Remy comprend les cas dans lesquels l'utérus est masqué ou modifié par quelque production pathologique, principalement par des fibromes; il insiste sur quelques signes qui prennent alors une importance spéciale pour le diagnostic.

Il y a d'abord le *développement rapide des tumeurs fibreuses.*

Quand une ou plusieurs de ces tumeurs prennent un développement plus rapide que celui qui s'observe dans les conditions habituelles, il y a lieu en effet de croire à l'existence d'une grossesse.

Il convient toutefois qu'à ce symptôme s'ajoute l'*aménorrhée.*

L'hésitation n'est pas permise quand il s'agit d'une femme qui se trouve dans la période de la vie génitale; car les fibromes ne suspendent jamais la menstruation surtout lorsqu'ils prennent un développement rapide; c'est le contraire qu'on observe, c'est-à-dire les règles profuses. Il faut donc une cause toute particulière, la grossesse, pour supprimer la menstruation et les métrorrhagies qu'elle entraîne généralement. On peut donc avancer que aménorrhée et accroissement rapide de fibromes signifient grossesse.

On peut en dire autant de toutes les affections chirurgicales de l'abdomen, si elles s'accompagnent d'aménorrhée, car, en thèse générale, toute femme qui était toujours bien réglée et qui voit disparaître ses menstrues doit être considérée comme étant enceinte; cela se trouve démontré par la pratique journalière. La suppression des règles chez une femme bien portante et dans les conditions ordinaires (sont exclus ainsi l'anémie prononcée, la tuberculose et l'allaitement) signifie à peu grossesse.

Un signe de grossesse qui prend aussi une réelle importance dans les cas difficiles, c'est l'*apparition de liquide dans les seins.* Vient-on à presser avec les doigts le pourtour du mamelon, on fait sourdre quelques gouttes de liquide par les orifices des canaux galactophores. Ce liquide est clair, ressemblant à une solution de gomme, il empèse le linge. Généralement après la pression il se présente sous l'apparence de cinq ou six petites gouttelettes transparentes sur chaque mamelon. Il peut se montrer plus ou moins tôt, au troisième mois, surtout vers le quatrième mois. Au cinquième mois, on peut voir un peu de colostrum jaune se montrer dans une de ces gouttelettes. Or, ce liquide prend au point de vue du diagnostic une importance sur laquelle les auteurs ne se sont pas assez expliqués.

Pour l'auteur, la présence d'un liquide semblable à une solution de gomme dans les seins d'une femme que l'on soupçonne enceinte a

plus de valeur pour le diagnostic qu'on ne lui en attribue. Il suffit d'examiner à ce point de vue les femmes gravides pour constater que le phénomène ne constitue pas une rareté clinique. Il l'a trouvé chez une femme enceinte de trois mois et une semaine qui faisait une fausse couche.

Il lui a permis de poser un diagnostic de grossesse chez une femme qui présentait des phénomènes d'incarcération d'un utérus fibromateux dans le pelvis, lesquels nécessitèrent une hystérectomie d'urgence : dans cet utérus on trouva un fœtus; la grossesse avait été la cause du développement rapide d'un fibrome et de l'incarcération de l'organe.

Que les maladies de l'utérus puissent déterminer une sécrétion analogue du côté des seins, la chose est possible, mais cela ne constitue qu'une exception rare, tandis que la grossesse la provoque d'une façon habituelle.

Il reste encore à dire un mot sur le liquide trouvé dans les seins de femmes qui ont déjà allaité.

Le dr Remy a examiné une femme qui avait encore du lait cinq ans après un allaitement. Or, ce liquide était bien encore du lait, c'est-à-dire un liquide blanc clair; la sécrétion observée dans les premiers mois de la gestation est claire comme une solution gommeuse. La sécrétion *lactée* proprement dite indique que le sein a fonctionné ou vient de fonctionner; la sécrétion *gommeuse* indique une influence nouvelle s'exerçant sur les seins et partant des organes génitaux; presque toujours c'est la gestation qui provoque cette sécrétion; exceptionnellement, c'est une affection de l'utérus ou des ovaires.

L.

—

LES GROS ENFANTS AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL.

Le dr Dubois a consacré sa thèse à l'étude de cette particularité.

On rencontre rarement dans la pratique des enfants dont le poids, au moment de l'accouchement, dépasse 4900 grammes; il y a cependant quelques observations authentiques où le poids était sensiblement plus élevé, atteignant jusqu'à 10 kilogrammes.

Les *causes* du développement excessif du fœtus sont peu évidentes; c'est de 25 à 35 ans, c'est-à-dire à l'époque de la maturité génitale que les femmes mettent le plus facilement au monde des enfants de poids au-dessus de la moyenne; en général aussi, plus une femme a eu d'enfants, plus le dernier a de chances d'atteindre un poids élevé; la taille du père jouerait un rôle considérable dans la production des enfants volumineux.

Le *diagnostic* serait toujours possible; quand le ruban métrique

en main, on constate que la hauteur de l'utérus dépasse sensiblement 34 centimètres, c'est-à-dire la hauteur normale de l'utérus à terme, on ne peut hésiter qu'entre trois hypothèses : hydropisie de l'amnios, gros œuf, grossesse gémellaire. Le palper permettra de reconnaître en présence de quelle éventualité on se trouve.

Le *pronostic* est sévère pour l'enfant ; sur 29 observations rapportées par l'auteur, 20 enfants sont morts : ils succombent à des lésions traumatiques, telles que l'enfoncement du crâne, l'épanchement sanguin intra-crânien, mais surtout à la suite de la procidence et de la compression du cordon, par la longueur du travail, etc.

Une fois les gros enfants extraits, que deviennent-ils ?

Parlant du pronostic rapproché, Brechin dit : « *Le pronostic est rarement favorable pour ces gros enfants, la plupart du temps ils viennent morts ou ne survivent que peu de temps.* »

On pourrait rapprocher cette phrase de celle de M. le professeur Pinard : « Les enfants qui donnent les plus beaux résultats ne sont pas les gros enfants. » M. Pinard refuse même à certains de ces gros enfants l'aptitude de vivre.

Il est certain que l'augmentation ultérieure du poids des gros enfants est toujours moins sensible que celle des enfants normaux.

L'accouchement de gros enfants fait courir à la mère également des dangers sérieux : longue durée du travail et en particulier de la période d'expulsion, déchirures du périnée, hémorrhagies après l'expulsion analogues à celles qui peuvent survenir dans tous les cas de surdistension de l'utérus, manœuvres employées, etc.

Au point de vue de l'accouchement, il est une remarque fort importante à faire : c'est que dans bon nombre d'observations, ce sont les épaules qui ont été l'obstacle *principal* à l'expulsion normale de fœtus volumineux. La tête d'un gros fœtus n'a pas forcément un volume exceptionnel. Il n'en est pas de même des épaules. Dans tous les cas où des mensurations sérieuses ont été faites, le diamètre bisacromial s'est trouvé supérieur à la moyenne (12 centimètres).

Or, le mécanisme de la dystocie causée par la longueur du diamètre bisacromial est invariablement le même : tandis que l'épaule postérieure appuie sur la face concave du sacrum et s'incruste dans les parties molles de cette région, l'épaule antérieure déborde la symphyse pubienne et s'y accroche. De telle sorte qu'il est relativement facile, la tête étant extraite, d'atteindre et d'attirer en bas le bras postérieur ; mais si l'on opère des tractions sur ce bras, tous les efforts faits auront pour seul résultat d'augmenter l'obstacle, l'épaule antérieure appuyant de plus en plus fortement sur le pubis qui l'arrête.

On se heurte donc à une difficulté considérable.

Tentés par ce bras postérieur qu'ils avaient saisi, plusieurs auteurs

ont tiré sur lui de toutes leurs forces. Il en est résulté un arrachement de ce bras.

La dystocie due à l'excès de volume de l'enfant sera en général justiciable de la symphyséotomie.

—

MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE DE LA MÉNOPAUSE ET DE LA VIEILLESSE.

Le dr Dupuy a étudié dans sa thèse les symptômes de l'affection dont il s'agit.

La douleur est un signe très variable; le plus souvent nulle ou peu appréciable, se traduisant par des élancements survenant sous l'influence de la marche, ou au moment des pertes de sang.

On sait qu'au moment de la ménopause ou à une date ultérieure plus ou moins rapprochée de cette époque, apparaissent chez certaines femmes des hémorrhagies utérines dignes d'attirer l'attention. Elles sout caractérisées au début, tantôt par des prolongations des règles, tantôt par des pertes sanguines survenant après une période plus ou moins longue de suppression menstruelle. Par la suite, ces hémorrhagies peuvent devenir peu à peu plus fréquentes et plus abondantes; de sorte que les malades sont toujours dans le sang, selon leur propre expression.

Ces états sont souvent l'occasion de grandes difficultés de diagnostic.

Dans certains cas, il existe alors des tumeurs réelles, fibrome interstitiel, polype muqueux, épithélioma de la muqueuse utérine (Monod), qui ont échappé au clinicien. D'autres fois, ces hémorrhagies sont dues à la dégénérescence scléreuse des artères, mais très souvent elles dépendent d'un état inflammatoire, d'une endométrite à forme hémorrhagique.

Si le diagnostic de cette dernière affection est parfois délicat, c'est surtout du cancer du corps utérin qu'il est difficile de la distinguer, et bien souvent ces maladies ont été prises l'une pour l'autre.

Le symptôme le plus important, et qui, dans la plupart des cas, concentre sur lui seul l'attention de la malade et du médecin, est l'hémorrhagie. Elle revêt des caractères qui varient avec les sujets ou avec les divers moments de la maladie.

L'affection peut débuter par des règles abondantes et prolongées qui ne préoccupent pas les femmes tout d'abord. Peu à peu cet état s'accentue, les intervalles entre les périodes menstruelles deviennent de plus en plus courts et finissent même par disparaître.

D'autres fois, les règles ont leur durée à peu près normale, mais elles sont plus fréquentes et, au bout d'un certain temps, l'écoulement prend également le type continu.

Ou bien encore la femme qui depuis déjà plusieurs mois ou même plusieurs années avait cessé de voir ses règles sans observer aucun trouble de sa santé, tout d'un coup a été surprise de remarquer qu'elle perdait du sang par la vulve. Ces pertes durèrent pendant quelques jours et disparurent. Mais bientôt l'écoulement revenait et, cet état de choses persistant, la femme, prise d'inquiétude, s'est décidée à une consultation médicale.

Ces hémorrhagies surviennent parfois après un travail exagéré, après de grandes fatigues, mais les exemples sont fréquents où elles apparaissent sans que les malades puissent les attribuer à une cause appréciable.

Quant à l'odeur, c'est un élément fort variable ; et si, dans la plupart des cas, les malades ont des pertes sanguines inodores, il n'est pas rare d'observer, dans des cas semblables, des écoulements absolument fétides et rappelant ceux du cancer utérin.

Les *signes physiques* sont nuls : le toucher et le palper ne diffèrent pas sensiblement de ce que l'on trouve dans la métrite ordinaire ; au cathétérisme, la cavité utérine se trouve normale ou du moins peu agrandie.

Les *symptômes généraux* n'ont rien de spécial ; ce sont ceux de toutes les maladies utérines, et, en outre, quand les pertes sont abondantes, ceux de l'anémie ; il y a souvent aussi des phénomènes nerveux résultant des préoccupations des malades.

Le *traitement* ne diffère pas sensiblement de celui des métrites en général. L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 24 *septembre* 1898.

Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire de M. le dr Dineur, médecin de bataillon, chargé du service du laboratoire de bactériologie à l'hôpital militaire d'Anvers, intitulé : *Recherches sur le mécanisme de l'agglutination du bacille typhique.* — M. Rommelaere, Rapporteur.

Ces recherches se résument dans les deux propositions suivantes :

I. La réaction de Grüber-Widal et celle de Kraus sont des phénomènes de nature différente. La présence des bacilles est nécessaire pour que le phénomène de l'agglutination se produise dans les conditions qui réalisent la réaction Grüber-Widal et qui lui assurent une valeur séméiologique ;

II. Le phénomène de l'agglutination est la conséquence de l'enchevêtrement des cils des bacilles d'Eberth.

D'après le Rapporteur, le mémoire de M. Dineur est un travail original des plus intéressants ; l'exposition du sujet est faite avec une clarté telle que la reproduction des microphotographies n'est même pas nécessaire pour comprendre le texte.

La Commission propose :

D'adresser des remerciements à l'auteur; d'imprimer son travail dans le *Bulletin*, et d'appeler l'attention des Sections sur l'auteur pour une candidature au titre de Correspondant. — Adopté.

Des ivresses anormales et pathologiques; *étiologie*, *diagnostic et médecine légale*; par M. Lentz, Correspondant.

Après avoir rappelé la distinction qu'il croit capitale et qui sépare nettement des ivresses anormales, simples ivresses déviées du type normal, les ivresses pathologiques ou pseudo-ivresses, véritables formes mentales nées à propos de l'alcool sur un terrain dégénéré, M. Lentz aborde l'étiologie de cette dernière manifestation mentale. Il établit que c'est bien plus dans le terrain maladif que dans l'élément alcool qu'il convient de rechercher le facteur étiologique; on ne doit pas oublier que l'ivresse pathologique n'est qu'une réaction, et toute réaction dépend surtout du corps qui réagit, l'action, ici représentée par l'alcool, ne variant que par la quantité, tandis que le corps humain, représentant la réaction, peut offrir des variétés innombrables dans ses modalités.

L'alcool, et surtout les alcools que l'on appelle de mauvaise nature, n'a qu'une influence bien minime, si tant est qu'il en ait une ; s'il en était autrement, les pseudo-ivresses auraient une fréquence bien supérieure à celle que l'on constate réellement.

C'est surtout le terrain maladif qui constitue le véritable fond sur lequel germe le mal, et ce terrain est toujours constitué par un degré plus ou moins avancé de dégénérescence. Si l'on veut approfondir davantage, on constate que la pseudo-ivresse ne se produit qu'avec une rareté relative chez les aliénés et les névrosiques, à part l'épileptique où elle constitue plutôt une épilepsie larvée, mais qu'elle est surtout fréquente chez les natures plus ou moins héréditairement tarées, à manifestations neurasthéniques, chez les natures impulsives et instinctives, à caractére exalté, à penchants exagérés et vicieux, chez les émotifs de toute nature, chez ces êtres enfin que l'on connaît sous le nom de déséquilibrés, originaux, excentriques, et dont le caractère principal est constitué par une espèce de désharmonie entre les différentes facultés intellectuelles et morales.

Mais cela ne suffit pas encore : en plus du terrain dégénéré préparé par l'alcool, il faut un troisième facteur qui vienne, pour ainsi dire, produire le déclanchement; c'est là la véritable cause occasionnelle, et celle-ci est d'ordre somatique ou psychique; ici ce sont les émotions morales, et plus souvent les simples contrariétés que les émotions morales violentes; là, ce sont les changements brusques de température, les excès de température, les modifications organiques, telles que les excitations génésiques, la faim, la fatigue corporelle.

Le diagnostic est parfois difficile, surtout en l'absence de renseignements commémoratifs. C'est surtout dans l'évolution morbide

qu'il faut chercher le critérium du mal; et malgré cela, il arrive parfois que l'on ne puisse reconnaître celui-ci que quand les dernières manifestations ont disparu.

La médecine légale de la pseudo-ivresse ne saurait laisser prise au moindre doute; telle que nous l'avons définie, la pseudo-ivresse n'est pas une ivresse, c'est un état pathologique spécial, une forme de trouble mental qui apparaît à l'occasion de l'alcool chez les dégénérés; l'état maniaque, hallucinatoire, délirant, somnambulique ou névrosique, constitue l'essence de l'affection, la véritable forme morbide, et il est de toute évidence que des états de cette nature impliquent une irresponsabilité complète, d'autant plus que dans leur production il intervient deux autres éléments, la dégénérescence d'un côté, la psychose de l'autre, qui sont de nature à accentuer davantage encore l'irresponsabilité.

Quant au traitement, il n'y en a qu'un seul : c'est l'abstinence absolue, et celle-là le malade ne pourra l'acquérir que par l'internement dans un asile, non pas un asile d'aliénés ordinaire, qui ne répond à aucune des exigences de l'affection, mais dans un asile spécial où les malades de cette catégorie puissent trouver, non seulement un régime hygiénique et diététique approprié et la contrainte morale indispensable au traitement, mais encore une législation spéciale qui soit de nature à donner au médecin l'autorité et le pouvoir indispensables pour mener à bonne fin la cure longue, difficile et pénible des penchants alcooliques.

— La communication de M. Lentz sera insérée au *Bulletin*.

Un cas de prothèse du maxillaire inférieur.

M. Lavisé présente une femme de 35 ans, à laquelle il a enlevé le maxillaire inférieur gauche presque tout entier. La partie réséquée s'étendait, en effet, de la deuxième petite molaire à l'articulation temporo-maxillaire. Cette opération était nécessitée par la présence d'une tumeur de nature épithéliale. Immédiatement après la résection, M. Lavisé fit placer par M. Moury un appareil de prothèsepo ur remplacer l'os enlevé.

Cet appareil est ainsi composé : une pièce en vulcanite représentant exactement la partie du maxillaire réséquée; cette pièce s'appuie d'une part dans la cavité condylienne, et affronte d'autre part la tranche de section de l'os sain; un *bridge work* en or, embrassant les dents de la mâchoire inférieure droite, et se terminant du côté gauche par deux ailettes embrassant l'extrémité antérieure de la pièce en vulcanite, sur les faces de laquelle elles sont fixées provisoirement par des vis; une plaque palatine en or se rattachant par des ressorts, à gauche à la pièce en vulcanite, à droite au *bridge work*.

Les suites de cette opération furent excessivement simples, sans fièvre aucune, et surtout sans aucun des désagréments si pénibles que cause ordinairement la résection du maxillaire : l'écoulement de la salive, la difficulté de la déglutition, la suppuration abondante, la fétidité de l'haleine.

Nous n'avons, dit M. Lavisé, à signaler que quelques incidents pénibles dus à l'appareil et qui sont inévitables : ulcération légère de la gencive par le *bridge work*, etc. Accidents sans importance, dont

M. Moury eut facilement raison par de petites modifications apportées à l'appareil. L'appareil est resté en place depuis le jour de l'opération ; mais il a été modifié : le ressort du côté sain a été supprimé définitivement ; le *bridge work* est maintenant libre, ne s'insérant plus sur la pièce en vulcanite, qu'il embrasse simplement par ses deux ailettes. Il n'a en effet d'autre but que d'empêcher les mouvements de latéralité de la mâchoire artificielle. Les déplacements de bas en haut de cette mâchoire sont rendus impossibles par le ressort prenant son point d'appui inférieur sur elle et se fixant en haut sur la plaque palatine.

Il s'est formé autour de l'articulation nouvelle une véritable capsule de tissu cicatriciel, qui maintient le condyle du maxillaire artificiel, tout en permettant des mouvements, et qu'il faudrait inciser pour l'en extraire.

Les mouvements de la mâchoire inférieure sont normanx : la malade ouvre et ferme la bouche très aisément ; elle n'éprouve ni gêne ni douleur ; elle enlève elle-même les pièces métalliques de l'appareil et peut les replacer sans difficulté. La figure n'est pas déformée et rien ne pourrait faire soupçonner la mutilation à l'examen extérieur.

— La communication de MM. Lavisé et Moury paraîtra dans le *Bulletin*.

Élection du Président et des Vice-Présidents de l'Académie pour l'année 1899.

MM. Hayoit de Termicourt et Casse sont nommés respectivement premier et second Vice-Présidents.

Il sera procédé à un nouveau scrutin pour l'élection du Président, aucun candidat n'ayant réuni la majorité exigée.

VARIÉTÉS.

L'ENNEMI DE LA BELGIQUE.

La France, de temps à autre, se paie le luxe d'ordonner l'affichage dans toutes les communes du discours à effet prononcé par le politicien du jour ou le ministre de l'heure. Nous ne désirons pas du tout que cet usage s'établisse chez nous ; cependant, si nous avions l'honneur d'être bourgmestre de grande ville ou de petit village belge — au risque de n'être pas réélu — nous ferions coller, imprimé en gros caractères, à la porte de chaque cabaret soumis à notre surveillance, le document suivant fourni par M. Lejeune, Ministre d'État :

« Voici les chiffres de la consommation et de la dépense annuelles pour l'alcool en Belgique.

Consommation de boissons fortes : 75 millions de litres.

Dépense pour cette consommation : 150 millions de francs.

Dépense pour les boissons alcooliques en général : environ 500,000,000 de francs.

Donc, *chaque jour* qui se lève, environ 1,370,000 francs, dont plus de 410,958 francs pour le genièvre seul, sont dépensés en boissons alcooliques.

Donc, *chaque année*, il se perd environ un *demi-millard* pour l'amélioration morale et matérielle de la population, pour l'épargne, pour les commerces et les industries étrangers à la vente des boissons; c'est un *demi-millard* dépensé pour peupler les prisons — 74 alcoolisés sur 100 condamnés — pour peupler nos dépôts de mendicité — 79 ivrognes sur 100 internes — pour donner 80 suicides, causés par l'ivresse, et 45 cas de folie, suite de l'alcool, sur 100.

Est-ce tout? Non.

Cette somme énorme est dépensée encore pour dégénérer la race; les alcoolisés ne donnent à la patrie que des enfants chétifs, misérables, souffreteux dès leur naissance. A leur tour, ceux-ci, s'ils vivent, donneront le jour à des enfants scrofuleux, épileptiques, vicieux.

Voilà en deux mots, la situation que les 198,000 cabarets et la consommation actuelle de 75 millions de litres d'alcool ont créée à la Belgique.

Mais ce *demi-millard* ne représente que la dépense faite pour boire. Il convient d'ajouter, la valeur des heures de travail perdues; des matières premières gaspillées; de la dépréciation d'un ouvrage mal fait, des affaires négligées, et de cent autres causes de pertes d'argent. Alors nous arrivons à un chiffre autrement formidable. En effet, un homme qui, pour s'énivrer, dépense par exemple 1 à 2 francs, en perd ordinairement 5 à 6, souvent davantage, à cause de ce qu'il perd avant, pendant et après son ivresse. »

ALCOOLISME ET CRIMINALITÉ.

Sous ce titre, notre collègue, M. Masoin, a fait au Congrès contre l'abus des boissons alcooliques, tenu à Bruxelles en 1897, la claire et saisissante démonstration de l'influence de l'alcoolisme sur la criminalité.

Antérieurement déjà, après avoir produit des statistiques recueillies à la prison centrale de Louvain, il avait montré qu'on pouvait affirmer d'abord, sans être taxé d'imprudence, que l'armée du crime se recrute largement dans la population des gens ivres ou des buveurs de profession; puis, que le rôle de l'alcool, comme pourvoyeur du crime, s'accentue au fur et à mesure qu'on s'avance vers les plus graves infractions; puis enfin, que ce n'est pas tant l'ivresse passagère qui paraît redoutable mais l'abus persistant des boissons alcooliques; c'est l'intoxication chronique qui s'accuse avec une netteté redoutable dans la genèse du crime.

Depuis lors, M. Masoin fut invité à poursuivre les mêmes recherches dans d'autres prisons cellulaires.

Sur 5239 sujets du sexe masculin, les renseignements firent défaut pour 4,510 au sujet de l'ivresse existant au moment de l'infraction; sur les 729 cas restants, 293 fois l'ivresse fut signalée, soit dans 40.1 p. c. des cas.

Au sujet de l'ivrognerie, les renseignements manquèrent pour 1037 cas seulement, restent donc 4.202 cas où les renseignements sont fournis, se trouvant affirmatifs 1.998 fois, soit donc 47.5 p. c. d'ivrognerie.

Pour le sexe féminin, 352 sujets furent interrogées; il y en eut 308 pour lesquels les renseignements manquèrent au sujet de l'ivresse; sur le restant, soit 44, il y eut 6 cas d'ivresse au moment de l'infraction et 38 cas négatifs, soit donc ivresse 13 fois sur 100 environ.

Sur le même chiffre total de 352 cas, les renseignements firent défaut 90 fois vis-à-vis de l'ivrognerie; restent donc 262 cas sur lesquels la réponse est négative 197 fois et affirmative 65 fois; soit 65 cas d'ivrognerie pour 262 cas élucidés, c'est-à-dire 24.8 p. c.

A remarquer, ici encore, que l'ivrognerie est invoquée plus fréquemment que l'ivresse passagère dans la genèse des infractions commises par les femmes, absolument comme pour le sexe masculin. Cependant il est à remarquer qu'il semble plus aisé de savoir si tel individu est ivrogne habitudinaire que de savoir s'il était précisément en état d'ivresse au moment du délit.

M. Masoin fait suivre la relation de ces faits d'observations judicieuses : « lorsqu'on nous annonce, dit-il, avec des chiffres officiels en mains, que, parmi nos criminels en Belgique, il y a soit 50 p. c. d'alcoolisés, cela signifie-t-il que 50 fois sur 100 le crime est imputable à l'alcool? — A croire et à dire pareille chose on ferait erreur, ou du moins on produirait une affirmation hasardeuse; soyons équitables et justes, même envers l'alcool. »

Il faut d'abord tenir compte de l'insuffisance fréquente des renseignements, puis il faut se défier singulièrement du témoignage rendu par le prisonnier : souvent le criminel aime à s'abriter sous le manteau de l'ivresse comme s'il y trouvait une excuse; il aime à faire croire que sous l'influence de l'alcool il est devenu un autre homme, étranger à ce qu'il était d'ordinaire et à ce qu'il est depuis, une espèce d'aliéné, *alienus!*

Enfin de ce qu'un crime est commis pendant l'état d'ivresse ou pendant l'état chronique de l'alcoolisme, on ne doit pas conclure que ce crime est *absolument* imputable à l'intempérance. N'est-il pas évident, en effet, qu'à côté de l'alcool diverses influences peuvent intervenir pour faire éclore le crime?

Il en résulte, conclut M. Masoin, que les statistiques produites, y compris les siennes, ne sont pas assez scientifiquement établies pour permettre de fixer des chiffres définitifs; mais nier l'influence néfaste de l'alcool dans la délinquance, personne ne peut y songer. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE BELGE DE TEMPÉRANCE.

C'est à la suite du Congrès antialcoolique dont nous venons de parler, que quelques médecins ont créé dans notre pays une Société médicale de tempérance analogue à celles qui existent dans plusieurs pays voisins.

Les principaux promoteurs de cette œuvre, qui mérite d'être encou-

ragée, les drs Barella et Bienfait, ont adressé aux médecins belges un appel chaleureux, en leur demandant de bien vouloir se joindre à eux dans l'accomplissement de cette grande œuvre humanitaire; parmi nos confrères, il y en a qui trouveront excessif de faire de la tempérance en action en se privant complètement de toutes boissons *distillées* — condition exigée des membres effectifs — mais tous n'hésiteront pas à se déclarer sympathiques à la cause de l'antialcoolisme — et on ne leur demande pas davantage pour les inscrire comme membres associés. L.

BIBLIOGRAPHIE.

CATÉCHISME DE LA MÈRE DE FAMILLE,

par le Dr Delcuve, de Mons (1).

Un petit livre, intelligemment conçu, admirablement coordonné, qui présente d'une façon saisissante, sous la forme du catéchisme, c'est-à-dire par demandes et réponses, toute l'hygiène du nouveau né depuis la naissance jusqu'à la première dentition; un pur chef-d'œuvre en son genre, qui fait honneur à la sagacité et à l'esprit éminemment pratique de notre distingué confrère.

On se rallie volontiers, en le parcourant, au jugement du jury de la section d'hygiène de l'Exposition de Bruxelles, qui lui a décerné la prime proposée par le Gouvernement belge pour la rédaction d'un ouvrage de ce genre, ainsi qu'une médaille d'or. L.

—

VROUW EN KIND,

par le Dr Schöller, d'Audegem (2).

Ce livre poursuit le même but que le précédent, la vulgarisation des saines notions d'hygiène parmi le public et il est appelé à rendre dans les contrées flamandes de notre pays les meilleurs services aux jeunes filles qui songent à se marier et aux mères qui veulent élever des enfants sains et vigoureux.

Ainsi que le titre l'indique, le livre s'occupe en effet de deux sujets différents; l'un et l'autre y sont traités d'une manière sobre, originale, qui donne à l'auteur droit aux meilleurs éloges. L.

—

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE OU L'HYGIÈNE ET LA PHTISIE EN BELGIQUE,

par le Dr Ferd. Vermeersch, de Lichtervelde (3).

L'auteur avait présenté sur ce sujet un mémoire à l'Académie de médecine de Belgique, qui fut favorablement apprécié; il a remanié et complété ce mémoire en mettant à profit les observations des rapporteurs, pour en faire un livre; c'est l'œuvre d'un praticien intelligent, travailleur, désireux d'apprendre, sincèrement persuadé que c'est par l'hygiène qu'on arrivera à diminuer la mortalité par la tuberculose, et s'appliquant avec succès à le démontrer. L.

(1) Bruxelles, impr. Polleunis et Ceuterick, 79 pages.
(2) Gent, drukkerij Vander Poorten, 90 bldz.
(3) Roulers, impr. De Meester, in-8°, 300 pages.

INVERSION UTÉRINE IRRÉDUCTIBLE; NOUVELLE OPÉRATION.

Pour guérir le renversement irréductible de la matrice, M. le professeur H. Duret, de Lille, vient de proposer (1) — après Piccoli, dont il ne connaissait pas les travaux (2) — une opération nouvelle, très ingénieuse, consistant en ceci :

1° Ouvrir largement le cul-de-sac de Douglas ;

2° Fendre, sur la ligne médiane, toute la paroi postérieure de l'utérus, depuis le col jusqu'au fond ;

3° Retourner l'organe en ramenant les deux valves résultant de la section en avant ;

4° Suturer par deux rangs de points de catgut, profonds et superficiels, la plaie utérine ;

5° Replacer l'organe recousu en sa position normale. Des lanières de gaze iodoformée sont laissées dans le Douglas et le vagin.

Nous avons tâché de représenter par les figures schématiques ci-jointes les trois phases principales de l'acte opératoire.

Les tissus sur lesquels porte l'incision sont légèrement ombrés et la péritoine est indiqué par un gros trait.



Fig. 1. — La figure montre le cul-de-sac vaginal postérieur et le Douglas ouverts et l'incision qui fend le col et la paroi utérine dans toute sa hauteur.

(1) *Journal des Sc. méd de Lille*, 1898, p. 432.

(2) Congrès international de Rome, 1894.



Fig. 2. — Les deux valves résultant de l'incision ont été ramenées en avant et suturées.



Fig. 3. — L'utérus recousu est remis en position.

La nouvelle opération, qui a été exécutée déjà trois fois avec succès par Morisani, par Sava et par Duret, doit-elle détrôner l'ampu tation de la matrice par la ligature élastique? — On peut hésiter.

La ligature élastique est d'une application facile, à la portée de tous les praticiens. Elle met sûrement à l'abri des hémorrhagies, primitive ou secondaire. Elle ne fait courir au péritoine absolument aucun risque d'infection. La seule infection qui pourrait naître de la désa grégation du petit moignon utérin dans le vagin, est facile à prévenir par les irrigations antiseptiques.

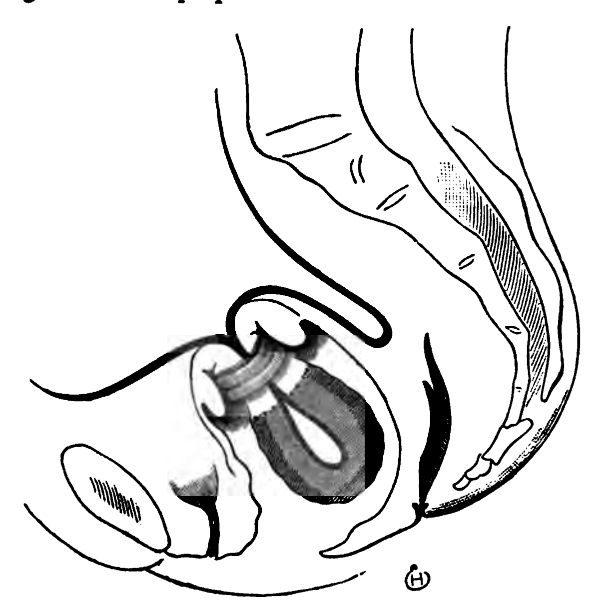


Fig. 4. — La figure montre le lien élastique étreignant la col, la partie ombrée du corps de la matrice va être amputée.

L'opération de Piccoli et Duret exige une main exercée à la grande chirurgie. Elle expose certainement à l'infection du péritoine, puisqu'il s'agit d'y réintroduire une matrice qui a séjourné et a été suturée dans le vagin, et qu'il faut laisser un drain dans le Douglas. Par contre elle présente le grand avantage de n'être pas une mutilation.

En somme, c'est, croyons-nous, à la principale intéressée de choisir entre les deux interventions et de décider s'il faut sacrifier l'utérus à sa sécurité — ou si elle veut s'exposer à quelques risques pour le garder.

Dr EUGÈNE HUBERT.

ÉTRANGLEMENT D'UNE ANSE INTESTINALE A TRAVERS LA PEAU GANGRÉNÉE D'UNE VOLUMINEUSE HERNIE.

M. le Dr Thévelin, de Reninghelst, nous a transmis la curieuse observation suivante :

La femme X... a eu un accouchement laborieux en 1887, à la suite duquel il survint une paramétrite suppurée. Le pus se fit jour quelques centimètres au dessus de l'arcade crurale droite. L'intestin fut intéressé par le processus inflammatoire, car, en même temps que le pus, il sortit pendant quelques mois des matières fécales.

Toutes les fistules se fermèrent après 4 à 6 mois, mais la paroi abdominale, amincie et affaiblie à ce niveau, céda peu à peu pour laisser se produire une volumineuse hernie qui forma une tumeur pyriforme descendant jusque vers le milieu de la cuisse.

Au mois de juin dernier je fus appelé de nuit près de cette personne. Je constatai, au sommet de la tumeur en question, une masse charnue sanguinolente, livide, grosse comme une pomme, et avec cela, un état général inquiétant : violentes douleurs abdominales, ballonnement du ventre, vomissements.

Après avoir recueilli le commémoratif rapporté plus haut, j'appris que depuis quelques semaines il s'était formé de temps en temps au sommet de la tumeur des bulles qui s'étaient ouvertes et avaient suinté.

Dans la soirée qui précéda ma visite, en faisant des efforts de défécation, la femme avait senti une petite douleur et puis, avait remarqué que quelque chose d'humide avait apparu sur le sommet de la tumeur. Bientôt, étaient survenus les symptômes douloureux et les vomissements.

En poussant mon examen plus loin, je reconnus que la saillie livide surmontant la tumeur n'était rien d'autre qu'une anse intestinale, revêtue du sac péritonéal, sortie par la peau ulcérée et gangrenée, et étranglée par l'orifice cutané lui-même.

Cette étrange constatation faite, je fis appeler un confrère et nous procédâmes au débridement de l'orifice cutané; aussitôt tout étranglement cessa et nous pûmes refouler l'anse prolabée dans la masse de la tumeur.

Malheureusement la vitalité de l'intestin était trop compromise et il

se perfora, d'où une infiltration de matières fécales ayant pour résultat deux énormes plaques de gangrène. Toute la moitié supérieure de la tumeur herniaire se transforma ainsi en une énorme plaie, dans laquelle deux fistules à trajet sinueux laissaient écouler en abondance le contenu intestinal.

Des soins assidus, des pansements répétés amenèrent l'élimination des escarres et un bon bourgeonnement de cette énorme plaie, qui finit par se combler ; les fistules intestinales se fermèrent également, et, contre toute attente, deux mois après les accidents d'étranglement, la personne était complètement guérie, ne conservant que son ancienne tumeur, suspendue aux épaules par un bandage.

Dr L. D.

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE ET SÉRUM POLYVALENT.

M. le Dr G. Lambret, d'Yvoir, nous communique une intéressante observation de septicémie puerpérale grave, traitée et guérie par le sérum antistreptococcique polyvalent.

« L'épouse D..., d'Evrehailles, primipare, 31 ans, s'est accouchée le 10 juillet, normalement, me dit le médecin qui l'a assistée.

Le 13 je suis appelé pour l'enfant dérangé : l'accouchée paraît tout à fait bien.

Le 15 je suis rappelé pour la mère : température à 40,7°; pouls à 125; lochies fétides; empâtement et douleurs dans la fosse iliaque gauche. Je pratique un lavage intra-utérin au sublimé.

Le 16 je puis croire l'orage dissipé : la température est normale, et les symptômes locaux ont disparu.

Les trois jours suivants le bien continue.

Le 20 : frissons; le thermomètre marque 40° et le pouls 120; je prescris de la quinine.

Le 21, 22 et 23 la température ne dépasse pas 37,5°

Le 24 au soir on me rappelle à la hâte : il s'est produit de nouveaux frissons; la température est à 40°, le pouls à 150 : toute la maisonnée est en pleurs et, pour le médecin lui-même, c'est le commencement de la fin.

Tout espoir est-il perdu? Les guérisons extraordinaires annoncées tout récemment à l'Académie de médecine par M. le professeur

E. Hubert m'encouragent à essayer le moyen héroïque qui lui a si bien réussi.

Le 25, à 2 heures de l'après midi, le thermomètre étant à 38.5° et le pouls à 92, j'injecte 100 c. c. de sérum antistreptococcique polyvalent.

A 10 heures du soir, nouveaux frissons et montée du thermomètre à 40° :

Température :	matin :	soir :
le 26 :	38,5	36,3
le 27 :	35,8	35,8 — tendance aux lipothymies.
le 28 :	35,8	36 » » »
le 29 :	36,3	36,9 — la malade demande à manger.
le 30 :	36,2	36,2
le 31 :	36,2	36,3

Le 1er et le 2 août la température est normale et toutes les fonctions se font bien.

Le 3 août : dysphagie et dysphasie très accusées, la dysphasie surtout : la malade bégaye comme un enfant qui essaie ses premiers mots.

Le 4, 5 et 6, à ces derniers symptômes s'ajoutent des douleurs dans les articulations et des poussées d'urticaire.

Le 7, 8 et 9, tous ces symptômes sont en décroissance et le 10 août la guérison est complète. Elle s'est maintenue depuis lors.

En résumé, je crois fermement que ma cliente doit la vie au sérum polyvalent et je prie les professeurs Denys et Hubert qui m'ont fourni l'arme thérapeutique, d'agréer l'expression de ma reconnaissance. »

Nous enregistrons avec plaisir cette nouvelle guérison de septicémie puerpérale grave à ajouter à l'actif du sérum antistreptococcique polyvalent. Dr E. H.

DE L'ÉVOLUTION DE L'HÉMIPLÉGIE CONSÉCUTIVE A L'APOPLEXIE.

Le dr Gilles de la Tourette a laissé précédemment l'apoplectique au moment où le coma se dissipe et où l'affaissement intellectuel diminue peu à peu ; il s'occupe maintenant à résoudre la question capitale qu'on ne manque jamais de poser au médecin en pareil cas : Que deviendra l'hémiplégie dont le sujet est porteur?

Au préalable, il apporte de nouveaux éléments, à ajouter à ceux que

nous avons déjà indiqués, pour faire le ***diagnostic entre l'hémiplégie organique et l'hémiplégie sine materia***,, purement fonctionnelle ou hystérique; voici les principaux signes différentiels :

1° L'hémiplégie organique, sauf les cas très rares où l'hémorragie a détruit le tiers postérieur de la capsule interne, ne s'accompagne pas de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle qui est pour ainsi dire de règle dans l'hémiplégie hystérique.

2° Dans l'hémiplégie organique, les réflexes rotuliens sont modifiés tandis qu'ils restent normaux dans l'hémiplégie hystérique.

3° Dans l'hémiplégie organique, on constate le relâchement des muscles, l'extension des orteils sur le métatarse au lieu de leur flexion sous l'influence d'une piqûre de la plante du pied, phénomènes qui ne se montrent pas dans l'hémiplégie hystérique.

En ce qui concerne l'***évolution de l'hémiplégie***, deux cas se présentent :

1° Il se peut que l'hémiplégie soit de courte durée. C'est ce que l'on observe après une congestion apoplectiforme chez certains athéromateux qui ont du spasme vasculaire sans thrombose. C'est ce que l'on rencontre à la suite de l'état de mal épileptique, surtout dans les cas d'épilepsie partielle, dans certaines migraines, dites accompagnées, dans la paralysie générale, chez certains syphilitiques encore. Pour se prononcer à ce sujet, le médecin praticien s'appuiera sur le peu d'importance et la courte durée de l'ictus apoplectique et sur le peu d'élévation de la température. L'étude étiologique viendra également apporter son contingent de preuves.

2° Dans le plus grand nombre de cas d'hémorragie cérébrale, l'hémiplégie persiste, et la paralysie se reconnaît de la façon connue, tant à la face qu'au membre supérieur et au membre inférieur.

Qu'adviendra-t-il par la suite ?

Les membres supérieur et inférieur resteront paralysés, mais cette paralysie ira en diminuant ; ***l'état des réflexes tendineux fournit des indices précieux pour le pronostic de l'hémiplégie.***

Trois cas peuvent se présenter :

A. Les réflexes restent normaux, c'est-à-dire ni abolis, ni exagérés : il y a bien des probabilités pour que l'hémiplégie ne soit que transitoire. Les mouvements vont revenir rapidement : après quelques jours, le sujet pourra mouvoir son bras dans tous les sens, se lever et marcher. Ces cas sont rares, ils appartiennent aux congestions passagères, aux états de mal épileptique dont il a été parlé.

B. Les réflexes sont abolis, ils n'existent plus ni au membre supérieur, ni au membre inférieur. C'est là un signe de mauvais augure. Les mouvements ne reviennent pas, l'hémiplégie est flasque et reste telle.

On observe souvent alors un œdème précoce des membres ou d'autres troubles trophiques; il y a bien des chances alors, non seulement pour que l'hémiplégie soit absolue et permanente, mais encore pour que l'état général devienne mauvais, qu'il se produise des escharres, pour que le sujet soit emporté rapidement par une congestion pulmonaire ou par le seul fait de son hémorragie. C'est dans ces conditions qu'on observe la persistance à un degré plus ou moins accentué de l'élévation thermique.

C. Le cas, de beaucoup le plus fréquent, c'est qu'à dater du cinquième au dixième jour, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, le membre supérieur, par exemple, restant encore flasque en apparence, le choc du tendon olécranien donne lieu à une secousse exagérée par rapport à ce qui existe du côté opposé. C'est l'indice d'un état spasmodique commençant qui va aller en s'exagérant désormais.

A moins toutefois que la contraction ne soit d'emblée très marquée, on note au moment où se produit cette exaltation des réflexes le retour au moins partiel des mouvements dans les membres jusqu'alors complètement paralysés ou une plus grande étendue de ces mouvements, si la paralysie n'avait été qu'incomplète.

Voyons la marche des phénomènes dans les différentes régions :

Membre inférieur. — En général, *les mouvements reviennent plus vite au membre inférieur qu'au membre supérieur.* D'habitude, après quinze jours, trois semaines, le sujet peut remuer son membre inférieur, puis progressivement se lever, s'appuyer sur sa jambe, se tenir debout. Il faut attendre un mois ou six semaines pour qu'il puisse marcher comme marchent les hémiplégiques, c'est-à-dire en fauchant. La marche ne reste définitivement supprimée que si des contractions se manifestent dans le membre inférieur, amenant la flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sous la cuisse.

Il arrive quelquefois que l'exagération du réflexe rotulien se produise aussi dans le membre non paralysé et que ce membre tende à devenir raide, de sorte que le sujet, quoique atteint d'une lésion cérébrale unilatérale, présente manifestement une paraplégie spasmodique, la contracture respectant le membre supérieur non paralysé.

Cette particularité provient d'une décussation incomplète du faisceau pyramidal au niveau du bulbe.

Membre supérieur. Il reste d'habitude plus impotent que le membre inférieur et ce à cause des contractures secondaires qui atteignent tôt ou tard les muscles paralysés. On voit alors le bras se rapprocher de plus en plus du tronc, l'avant-bras se mettre en pronation et se fléchir sur le bras, le poignet se fléchir sur la main qui vient s'appliquer sur la région thoracique moyenne et les doigts se fléchir égale-

ment vers la paume de la main. Il est impossible de produire l'extension des divers segments du membre supérieur et l'on est obligé d'interposer entre les doigts et la paume de la main une bande roulée pour empêcher les ongles de pénétrer dans la peau. Il est des cas où la contracture se fait dans le sens de l'extension, mais ils sont très rares. On peut également rencontrer de l'athétose ou de l'hémichorée, mais ce sont là des faits exceptionnels.

Face. A la face, la paralysie tend à disparaître plus rapidement. La parole, sauf les cas où l'hémiplégie s'accompagne d'aphasie, devient bientôt plus facile, le bredouillement disparaît en même temps que la dysphagie qui existait au début de la déviation de la langue. Simultanément les muscles de la face reprennent leur tonicité et l'on voit cesser la déviation de la bouche. Au bout de cinq ou six mois, il ne reste plus guère qu'un léger abaissement de la commissure et un léger affaissement du sillon naso-labial.

Il est rare que des contractures se manifestent dans les muscles de la face. Quand elles surviennent cependant, la déviation des traits se fait en sens inverse de celle du début, c'est-à-dire qu'ils sont tirés du côté même de l'hémiplégie. Ces cas sont exceptionnels.

Le dr Gilles de la Tourette attire encore l'attention sur *les arthrites qui se développent dans les membres paralysés.*

On se rend facilement compte, dit-il, au bout de quelque temps, en examinant le membre supérieur, que ce n'est pas seulement la contracture qui s'oppose aux mouvements que l'on veut déterminer dans l'articulation scapulo-humérale, mais que cette articulation est malade, qu'elle est le siège d'une véritable arthrite qui, dans certains cas, peut même avoir produit une réelle ankylose. Tantôt, en effet, on trouve des craquements dans la jointure, tautôt une grande raideur à tous les mouvements, tantôt enfin, une immobilisation complète de la tête humérale dans la cavité glénoïde. L'humérus paraît alors soudé à l'omoplate, qu'il entraîne dans les mouvements qu'on lui imprime. Cette arthrite, du reste, s'est produite sans aucun gonflement périarticulaire, sans aucun œdème, absolument comme elle s'établit dans les jointures soumises à une immobilisation prolongée. Cependant elle ne s'est pas faite sans douleur, car les malades racontent qu'ils ont souffert de leur épaule et dans leur bras un mois environ après leur ictus apoplectique. C'est, du reste, cette arthrite scapulo-humérale qui s'oppose, plus encore que les contractures musculaires, à la possibilité des mouvements provoqués dans le membre supérieur, et qui détermine les douleurs dont le membre est le siège dans toute son étendue ; ces douleurs, nées dans l'articulation malade, s'irradiant tout le long de ce membre.

Ces arthropathies des hémiplégiques, connues depuis longtemps, sont fréquentes, puisque l'auteur, sur vingt hémiplégiques examinés à un moment donné dans son service, en a trouvé dix-sept porteurs d'une arthrite chronique. Chez dix de ces malades l'arthrite siégeait au membre supérieur; chez les sept autres on la rencontrait simultanément au membre supérieur et au membre inférieur. Chez les dix premiers, l'arthrite occupait l'épaule et avait amené une ankylose plus ou moins complète; chez les sept autres, indépendamment de l'arthrite scapulo-humérale, il y avait une arthrite coxo-fémorale, avec ankylose plus ou moins avancée; ces derniers malades ne pouvaient sortir de leur lit.

L'auteur attribue ces arthrites à l'immobilisation de la jointure et, d'après lui, si elles sont moins fréquentes au membre inférieur, c'est parce que le sujet mobilise de bonne heure l'articulation coxo-fémorale, d'abord pour s'asseoir dans son lit et vaquer aux besoins naturels, puis, pour mettre pied à terre et commencer à marcher.

A l'appui de cette opinion, il prétend qu'en faisant faire des mouvements de bonne heure, on peut éviter l'apparition ou arrêter l'évolution de ces arthrites.

Il attribue à ces arthrites l'atrophie musculaire pour une part; en réalité, dans les membres paralysés il est, pour ainsi dire, de règle de voir s'établir l'atrophie musculaire. Elle commence généralement dans les premiers mois qui suivent l'ictus apoplectique. On remarque, tout d'abord, une diminution générale du volume, un véritable amaigrissement des masses musculaires, qui frappe tous les muscles et qui est la conséquence forcée de leur paralysie. C'est une atrophie simple, sans dégénérescence graisseuse ni sclérose des muscles dont les réactions électriques restent normales bien qu'un peu diminuées.

Mais, à côté de cette atrophie, il s'en développe plus tard une autre qui se localise à des groupes musculaires tout particuliers.

Ce sont les groupes en rapport avec les arthrites; il s'agit d'une atrophie musculaire semblable à celle que l'on observe dans les cas de rhumatisme articulaire chronique, de tumeurs blanches, etc. On sait que les articulations jouent vis-à-vis des muscles voisins le rôle d'un véritable centre trophique.

État mental. Les fonctions intellectuelles se comportent différemment après l'apoplexie.

Chez les sujets jeunes atteints d'une maladie du cœur et dont l'hémiplégie est due à une embolie cérébrale, une fois les phénomènes dépendant de l'état apoplectique disparus, l'état mental peut redevenir bon et les facultés intellectuelles reprendre leur intégrité antérieure. Il en sera de même chez certains syphilitiques qui pourront presque

complètement guérir sous l'influence du traitement spécifique bien conduit.

Pour les autres, certains malades pourront reprendre dans de bonnes conditions leurs occupations habituelles. Mais il est loin d'en être toujours ainsi. Comme l'hémiplégie reconnaît souvent pour cause première l'artério-sclérose qui a déterminé la lésion vasculaire d'où procède l'hémorragie ou le ramollissement, ces lésions peuvent se généraliser et atteindre les vaisseaux présidant à l'irrigation sanguine des régions cérébrales idéatrices. Après leur ictus, ces sujets ont l'intelligence affaiblie et restent plus ou moins obnubilés. Ils deviennent exigeants, radoteurs, pleureurs, coléreux ou restent complètement affaissés. Ils ne sont plus que l'ombre d'eux-mêmes, jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque les mène au tombeau. L.

TRAITEMENT DE L'HÉMIPLÉGIE.

A la suite de son étude sur le diagnostic et le pronostic de l'hémorrhagie cérébrale, le dr Gilles de la Tourette a exposé ses idées sur le traitement de cette affection.

Traitement prophylactique. C'est avant tout celui de l'artério-sclérose, à laquelle ressort presque toujours la rupture artérielle qui produit l'épanchement sanguin.

On devra, d'autre part, chercher à *éviter les variations brusques de la pression artérielle* qui pourraient occasionner la rupture d'un vaisseau déjà malade; pour répondre à cette indication, toutes les causes de congestions encéphaliques devront être soigneusement évitées : travaux intellectuels, émotions morales vives.

Il faudra de plus *éviter de passer brusquement à des températures très différentes.* Sous l'influence d'un froid vif, le sang reflue de la périphérie vers le centre et il n'est pas rare, en hiver, de voir des individus frappés brusquement dans la rue d'un ictus apoplectique lié à l'hémorrhagie cérébrale. On proscrira aussi le séjour dans des appartements surchauffés.

Les excès de toute nature seront sévèrement interdits; ainsi, les repas trop copieux, surtout le soir avant le sommeil, pendant lequel il se produit une congestion physiologique de l'encéphale, et notamment l'abus des boissons alcooliques qui exaltent momentanément la tension artérielle.

Les excitations génésiques sont des plus préjudiciables; l'hémorrhagie cérébrale n'est pas rare pendant le coït.

Traitement de l'apoplexie. Lorsque l'hémorrhagie est survenue et que le malade est dans le coma, il n'existe pas de moyen d'intervenir

sur l'artère qui saigne en plein cerveau ni d'agir sur le foyer hémorrhagique qui s'est produit; tout ce que l'on peut faire, c'est de *s'efforcer d'abaisser*, si possible, *la pression artérielle*, générale et locale.

Pour abaisser la pression centrale, il faut *exciter la circulation périphérique* par des frictions énergiques sur les téguments, par des révulsifs, des sinapismes appliqués sur les membres inférieurs. On administrera *un lavement purgatif*, qui n'aura pas seulement pour but d'évacuer le contenu du gros intestin, mais encore en excitant la sécrétion de cet organe, diminuera d'autant la masse sanguine.

La *saignée*, autrefois si vantée, a beaucoup perdu de son crédit; elle ne peut avoir en effet qu'une action bien limitée sur le foyer d'hémorrhagie; elle est toutefois formellement indiquée, si le pouls, vibrant et fort, dénote nettement l'éréthisme vasculaire. L'application de *sangsues derrière les oreilles* ne permet pas d'obtenir une déplétion sanguine suffisante; d'ailleurs elle n'a pas d'action locale, car la circulation intra-encéphalique n'a que des rapports assez restreints avec celle des téguments de la tête et du cou.

En vérité, le rôle du médecin, dans l'hémorrhagie cérébrale, est surtout utile pour la prescription et l'application des *soins hygiéniques* que nécessitent les malades paralysés. La vessie doit être surveillée et vidée, s'il y a lieu, avec les précautions d'asepsie de rigueur. On ne négligera pas les soins de la bouche, les lotions générales tièdes, notamment sur les régions où se produisent d'ordinaire des eschares susceptibles de s'infecter.

Aussitôt que les mouvements de déglutition seront possibles, on donnera du lait froid, du bouillon par cuillerées. Un purgatif léger sera utile à ce moment.

Traitement de l'hémiplégie. Lorsque le malade est sorti du coma et se trouve hémiplégique, le dr Gilles de la Tourette recommande, comme une indication capitale, de *pratiquer des mobilisations précoces des membres paralysés*.

De cette façon, on parvient à éviter les raideurs articulaires et les arthrites qui, outre qu'elles tendent à supprimer les mouvements des jointures, tiennent sous leur dépendance directe l'atrophie musculaire.

On fera deux fois par jour une séance de mobilisation; tous les efforts porteront sur le membre supérieur, sur l'articulation de l'épaule, celle qui a le plus de tendance à s'ankyloser.

On mobilisera une à une les articulations des doigts, du poignet, et du coude, et l'on fera exécuter au bras les mouvements les plus étendus qui se passent dans l'articulation scapulo-humérale, en le portant dans toutes les positions physiologiques. On terminera par

un léger massage des muscles, en allant de leur insertion musculaire à leur terminaison tendineuse.

Les règles qui viennent d'être formulées s'appliquent aussi bien au membre inférieur qu'au membre supérieur; on mobilisera avec soin les jointures, en particulier l'articulation coxo-fémorale.

Ces manœuvres doivent être continuées pendant plusieurs mois avec assiduité.

Chez les hémiplégiques droits, dont la paralysie est incomplète, on peut combattre l'agraphie par la rééducation de l'écriture.

L'auteur n'est guère partisan de la *faradisation*,que l'on emploie si communément et si intempestivement; elle présente, selon lui, plus d'inconvénients que d'avantages; des secousses faradiques trop intenses, trop fréquemment renouvelées excitent l'état spasmodique qui est toujours en puissance dans les membres paralysés. Gilles de la Tourette ne se sert pas de l'électricité avant les dix ou quinze premiers jours qui suivent la sortie de l'ictus apoplectique. Il termine alors la séance de mobilisation et de massage en faisant passer pendant huit à dix minutes un *courant galvanique*, et non faradique, de faible intensité, dans les membres atteints. Le pôle positif est placé dans la région dorsale supérieure, s'il s'agit du membre supérieur, dorsale inférieure, pour ce qui est du membre inférieur, sous forme d'une large plaque, et le large tampon négatif est promené sur les masses musculaires paralysées.

A l'aide de l'interrupteur, en donnant un peu plus d'intensité, il termine par quelques secousses qui se produisent aussi bien qu'avec le courant interrompu.

A part l'*iodure de potassium* que l'on peut donner à petites doses, il considère les moyens médicamenteux comme sans action chez les hémiplégiques. L.

—

CURE DE L'OBÉSITÉ PAR LA MÉTHODE DE SCHWENINGER.

A la suite d'une visite à un des établissements où la cure de l'obésité est entreprise par la méthode de Schweninger — le médecin à qui Bismarck avait accordé toute sa confiance — le prof. Cohn a tenu à faire connaître cette méthode dans tous ses détails.

En effet, s'il vit dans cet établissement des choses bizarres, il fut d'autre part frappé par les succès brillants, par les cures merveilleuses qu'on y faisait; il cite ainsi des obèses qui ont perdu 20 livres après un séjour de cinq semaines à l'établissement, 50 livres après un séjour de huit semaines. Une dame était arrivée avec le poids respectable de 240 livres; neuf mois après, elle partait ne pesant plus que 145 livres.

Des obèses qui, sujets à de l'arythmie cardiaque, prenaient depuis des années de la digitale, récupéraient rapidement le fonctionnement régulier de leur cœur. Avant la cure, ils ne pouvaient faire deux pas sans s'essouffler : après, ils faisaient de longues promenades à pied, sans la moindre fatigue. Un obèse, qui était obligé de s'arrêter à chaque marche en montant un escalier, pouvait, au bout de six semaines, faire avec la plus grande aisance l'ascension du château de Baden, perché à 435 mètres d'altitude. Des malades, qui étaient sujets à l'insomnie, commençaient à dormir six à sept heures d'un trait. Tout cela, par la cure de Schweninger.

La méthode de Schweninger, ainsi que nous l'apprend l'analyse de la *Presse médicale*, est basée sur l'emploi de trois moyens thérapeutiques : 1° le massage de l'abdomen ; 2° les bains chauds, 3° le régime alimentaire. Mais, massage, bains et régime sont appliqués d'une façon toute spéciale.

Massage. — Le massage est fait trois fois par jour : avant le déjeuner, avant le dîner et avant le souper ; chaque séance dure un quart d'heure.

Le malade s'étend sur une couchette, les cuisses légèrement fléchies sur l'abdomen, les jambes sur les cuisses, afin de relâcher la paroi abdominale, les mains derrière l'occiput pour soutenir la tête.

Chaque séance de massage comprend trois séries distinctes de manipulations : le tapotage, le pincement, le pétrissage.

Le médecin commence par tapoter la région épigastrique avec ses deux poings, d'abord doucement, puis, de plus en plus fort pour arriver à enfoncer aussi profondément que possible ses deux poings dans l'abdomen du malade. Pendant ce temps, le patient est tenu à faire des inspirations profondes, aussi profondes que possible, pour faire travailler son diaphragme. Ce travail est tellement difficile et pénible qu'au début les malades n'arrivent pas à faire plus de cinq respirations profondes ; plus tard, ils parviennent à en faire vingt.

Le médecin procède ensuite au pincement. Il saisit entre les paumes de ses deux mains de larges surfaces de parois abdominales et exerce sur les parties saisies une compression aussi énergique que possible, de façon à écraser les lobules adipeux sous-cutanés. La force qu'il déploie est telle que la peau des malades se couvre d'ecchymoses. C'est le temps le plus douloureux du massage : souvent, il arrache des cris et des larmes aux malades.

Pour exécuter le troisième temps, le médecin se met sur le malade, enfonce ses genoux, aussi profondément que possible, dans l'abdomen et principalement dans la région épigastrique du patient et reste dans cette position tant que le malade n'a pas fait au début 5, puis 7,

puis 10 et à la fin jusqu'à 30 inspirations profondes. D'après Schweninger, ce temps est de la plus haute importance : car, seul, il permet de faire faire une gymnastique convenable au diaphragme et d'obtenir la fonte de la graisse qui l'entoure et qui gêne le fonctionnement du cœur et des poumons.

Ce dernier temps du massage paraît la première fois excessivement brutal : on craint à chaque instant de voir les intestins du malade éclater et le cœur s'arrêter. Il n'en est rien : les malades sortent sains et saufs de cette épreuve, qu'ils doivent subir trois fois par jour; ils finissent même par s'y habituer. La seule chose qu'ils éprouvent après ce massage, c'est une très graude fatigue, qui fait qu'après chaque séance ils restent étendus sur la couchette encore pendant quelque temps.

Bains chauds. — Les bains chauds sont aussi donnés d'une façon toute particulière.

Le premier jour, le malade prend un bain de bras, le second jour un bain de pieds, le troisième jour, un bain de siège et la série recommence dans le même ordre tant qu'il reste à l'hôpital. Jamais on ne donne de bains entiers.

Ces bains sont pris dans des apparetls spéciaux, mais fort simples. Pour les bains de bras (à partir de l'épaule), on se sert d'une caisse en fer blanc, pourvue d'un couvercle percé de deux trous et de deux orifices, l'un pour l'eau qui arrive, l'autre pour l'eau qui doit s'écouler; à l'intérieur se trouvent deux courroies de soutien pour l'avant-bras et la main. La baignoire pour les membres inférieurs a une forme de botte. Les bains de siège sont donnés dans les baignoires ordinaires.

La température initiale du bain est de 30° R (37°5 centigrades); on l'élève progressivement jusqu'à 40° R. (50° C.). La durée est de vingt minutes.

La première impression, surtout pour les bains de siège, est extrêmement pénible; le malade éprouve une sorte de saisissement, de shock passager; au bout de quelque temps, il finit par s'y habituer et par supporter cette température élevée. La fatigue qui survient après ces bains est telle qu'au sortir les malades s'endorment ordinairement pour une demi-heure ou trois quarts d'heure.

Régime alimentaire. — Le régime alimentaire, auquel sont soumis les malades, est également fort singulier.

Tout est servi en petite quantité et la vaisselle est en rapport avec les portions. Les verres sont des verres de poupées, pouvant tenir 50 grammes de liquide à peine; les assiettes sont si petites qu'une tranche de viande y est à l'étroit. Les couteaux, les fourchettes, les cuillers, sont tout petits, comme pour des enfants.

Les repas sont pris avec la plus grande régularité, toutes les trois heures; premier déjeuner à 7 h. 1/2, second déjeuner à 10 h. 1/2, dîner à 1 h. 1/2, goûter à 4 h. 1/2, souper à 7 h. 1/2. Il n'y a pas de table d'hôte : les malades mangent chacun dans leur chambre, et quelques minutes leur suffisent pour chaque repas.

Les aliments qui sont *rigoureusement* exclus de tous les repas, sont le pain, les biscuits, les gâteaux, le beurre, la graisse, le sucre, le café, le thé, le lait, le vin, la bière et l'eau-de-vie. Cependant, les menus sont assez variés.

Au premier déjeuner, le malade reçoit une tranche de fromage de Hollande ou de Gruyère, mais sans pain ni beurre; ou dix pruneaux, ou un œuf, ou une assiette de pommes de terre, ou une tranche de jambon, ou une assiette de navets ou de carottes, ou un peu de ris de veau, ou une assiette de lait caillé.

Pour le second déjeuner, on lui sert soit un peu de viande (rosbif, rôti de veau ou de bœuf), soit encore un œuf et du fromage ou un légume.

Au dîner, il prend de la viande : tranche de rôti (mouton, veau, bœuf), ou de jambon, ou côtelette de mouton, ou morceau de poulet, ou de foie de veau. Jamais de saucs, ni de compote, ni de salade.

Pour le goûter de quatre heures, le malade reçoit un peu de légumes, du lait caillé, ou des fruits.

Le dîner se compose d'un légume (choux-raves, choux-fleurs), d'un peu de poisson (saumon, sole, truite); ou bien c'est encore un œuf ou du lait caillé, ou du ris-de-veau ou une tranche de jambon avec du macaroni.

A aucun des repas les malades ne doivent boire. Ce n'est qu'une demi-heure après chaque repas qu'il leur est permis de boire un petit verre d'une eau minérale gazeuse.

Chacun d'eux reçoit au matin un demi-litre environ (40 centilitres) de cette eau qui doit lui suffire pour toute la journée. A titre de supplément, on leur donne encore avant le coucher un fruit. La nuit, s'ils sont tourmentés par la soif, ils peuvent manger une poire ou une prune.

C'est en effet de la soif que les malades souffrent surtout, et, sous ce rapport, ils sont un peu comme les morphinomanes auxquels on supprime brusquement leur morphine. L'accoutumance se fait pourtant assez vite, et, au bout de trois à quatre jours, ils finissent par s'habituer complètement à leur régime sec.

Un autre inconvénient du régime est la constipation. On y remédie par des pilules d'aloès, prises le soir avant le coucher, ou bien encore par des lavements composés exclusivement de 5 grammes de glycérine administrés le matin.

Le dimanche est jour de repos. Non seulement ce jour-là les malades ne sont ni massés, ni baignés, mais encore ils ont la permission de sortir en ville, de manger et de boire à leur guise. Ils n'en abusent pourtant pas, car, lorsqu'ils se permettent une escapade, ils voient, à la pesée du lundi matin, que leur poids a augmenté de 2 ou 3 livres; et ils ne recommencent pas le dimanche suivant.

La durée de la cure varie ordinairement de six semaines à deux mois. Bien entendu, si le malade veut gagner le bénéfice acquis, il ne doit pas reprendre de suite ses anciennes habitudes. L.

LE FOURMILLEMENT DES MAINS.

Le d^r^ Gallois étudie dans le *Bulletin médical* ces troubles de la sensibilité, principalement localisés aux mains, auxquels on a donné le nom d'*acroparesthésie;* c'est une affection commune, mais peu connue, dont la pathogénie reste obscure.

Au point de vue de l'étiologie, le sexe paraît avoir une importance prépondérante; l'acroparesthésie est une affection surtout féminine puisque, sur vingt cas, l'auteur n'a trouvé que trois hommes.

L'âge des sujets est compris assez régulièrement entre 30 et 60 ans.

Les *symptômes* sont assez semblables d'un malade à l'autre; un caractère important, c'est leur *intermittence.* Les crises sont régulièrement périodiques, revenant chaque jour à la même heure pour chaque malade. C'est généralement la nuit qu'elles se produisent, au moment du coucher pour certains sujets, plus ordinairement au milieu de la nuit. Les malades s'endorment normalement, mais ils sont réveillés généralement après minuit, vers 2 heures ou 4 heures du matin, par la sensation douloureuse. La crise se termine habituellement dans la matinée, quelquefois au moment même où le malade se lève.

Rarement, les fourmillements sont permanents avec recrudescences la nuit.

Les parties les plus habituellement atteintes sont, par ordre de fréquence, les mains, les bras, les pieds, les épaules et, plus rarement, la figure ou même le nez et la langue. Les troubles paresthésiques qui caractérisent l'affection sont de divers types. Le plus important, c'est le *fourmillement,* c'est celui dont se plaignent généralement les malades. Il paraît être analogue à celui que produit la compression d'un nerf ou à celui qui résulte de l'impression du froid, ou plus exactement du réchauffement de la main préalablement refroidie. C'est ce qui explique que les malades interprètent leur sensation anormale de façon en apparence différente, les uns en se plaignant d'avoir les doigts gelés, les autres en disant éprouver une vive chaleur.

Dans les régions occupées par le fourmillement, phénomène paresthésique, existe simultanément de l'*anesthésie*. Les malades ne sentent pas suffisamment les objets qu'ils tiennent et les laissent tomber. Ils sont maladroits.

Comme troubles moteurs, il faut, outre cette maladresse, signaler les *crampes*.

Restent les troubles vaso-moteurs. Les malades signalent souvent un *gonflement* des mains. Est-ce là une simple sensation subjective ? Il est rare, en effet, que le médecin puisse constater un gonflement réel. Le dr Gallois a cependant rencontré une fois de l'œdème.

La marche de la maladie est, on l'a vu, assez typique : les crises revenant régulièrement tous les jours à la même heure, généralement la nuit, sont un phénomène très particulier. D'abord limités, les troubles paresthésiques envahissent progressivement des régions de plus en plus étendues. La durée peut être assez longue ; plusieurs années ; en général, les accidents disparaissent d'une façon spontanée sans qu'on puisse invoquer l'influence de la thérapeutique ; les récidives sont possibles.

L'auteur a eu recours, comme *traitement*, surtout à l'*antipyrine*, donnée le soir à la dose de 1 gr. 50, à l'*iodure de potassium*, aux *bains sulfureux*. Ballet recommande particulièrement les douches sulfureuses tous les deux jours. L.

—

DIAGNOSTIC DES ULCÉRATIONS DE LA LANGUE.

S'occupant dans une leçon clinique publiée par le *Bulletin médical* des ulcérations de la langue, le prof. Duplay établit qu'il en existe quatre variétés principales : 1° l'ulcération *simple*, qu'on appelle souvent encore ulcération dentaire ; 2° l'ulcération *tuberculeuse* ; 3° l'ulcération *syphilitique* ; 4° l'ulcération *cancéreuse*.

Avant tout, on fera entre les différentes ulcérations linguales une distinction, suivant qu'elles reposent ou non sur une tumeur. Lorsqu'il n'y a pas de tumeur, l'ulcération forme une véritable perte de substance. Quand, au contraire, il existe une tumeur, la surface ulcérée est surélevée par rapport au reste de l'organe. Cette distinction a souvent une très grande importance pour le diagnostic de la lésion.

Ulcération simple. Sa cause habituelle est la pression exercée par une dent.

Cette variété constitue le type de l'*ulcération sans tumeur*, ce qui est déjà un caractère important pour le diagnostic différentiel. Elle siège exactement vis-à-vis de la dent qui, plus ou moins cariée, a provoqué sa formation par ses inégalités, ses aspérités plus ou moins

pointues, et souvent on peut constater que, la langue étant au repos, l'ulcération est parfaitement moulée sur la dent. Les limites de la perte de substance sont ordinairement très nettes et forment souvent un contour régulier. Lorsque les bords sont légèrement indurés, ce qui n'est pas constant, cette induration est, en tout cas, peu étendue. Quant au fond de l'ulcération, il est recouvert de bourgeons charnus peu volumineux et ne présente aucune tendance à saigner.

Les sécrétions sont peu abondantes et sans fétidité; la salivation n'est pas exagérée; les douleurs sont variables, mais il n'y a *jamais d'irradiations vers l'oreille.*

Enfin, ce qui permet de juger définitivement la question, *la lésion guérit rapidement dès qu'on a pratiqué l'avulsion de la dent*, qui en avait été la cause déterminante.

On ne perdra pas de vue cependant qu'une ulcération, simple d'abord, peut devenir à la longue l'occasion d'une localisation syphilitique, tuberculeuse ou cancéreuse.

Ulcérations syphilitiques. Il y en a diverses espèces : le chancre primitif, les accidents de la période secondaire les ulcérations tertiaires. Le *chancre lingual* siège ordinairement au niveau de la pointe et, en général, on le reconnaît à sa forme arrondie, à l'induration régulière des bords et du fond de l'ulcération, à l'absence de sécrétions et d'hémorragie, à son indolence plus ou moins absolue, enfin à l'adénopathie sous-maxillaire caractéristique qui l'accompagne.

Les *plaques muqueuses* ulcérées sont également faciles à reconnaître, avec leur apparence serpigineuse, l'absence de profondeur des pertes de substance tout à fait superficielles qu'elles représentent, leur multiplicité, leur indolence, les adénopathies concomitantes et la coexistence ordinaire d'autres manifestations spécifiques.

Quant aux ulcérations de la syphilis tertiaire, elles occasionnent facilement des erreurs de diagnostic; elles sont de deux sortes.

Les unes succèdent à la *fonte d'une gomme;* elles sont donc précédées par l'apparition d'une tumeur indolente, plus ou moins volumineuse, qui occupe le dos de la langue plutôt que les bords et qui s'ouvre spontanément au dehors, vidant son contenu gommeux ou caséeux. L'*ulcération* qui résulte de cette ouverture est alors *constituée par une cavité plus ou moins anfractueuse, dont les bords sont décollés, taillés à pic, peu indurés* et dont le fond est anfractueux, d'une coloration jaunâtre ou grisâtre, souvent revêtu de débris jaunâtres qui se détachent peu à peu. Jamais cette ulcération ne donne de sang et la suppuration est ordinairement minime ou même fait complètement défaut. Enfin, elle occasionne seulement un peu de gêne douloureuse et présente une *tendance manifeste à la réparation*.

En réalité, ces ulcérations sont faciles à reconnaître,

Il n'en est pas de même des autres, elles reposent, en effet, sur une tumeur indurée parfois considérable, qui est le résultat de la sclérose et qui comprend une partie plus ou moins étendue de la langue, de telle sorte qu'on peut être tenté de croire à une infiltration cancéreuse. Mais il est vrai que, en dehors de l'ulcération, *la langue présente un aspect spécial*, *sillonnée de fissures* plus ou moins profondes, non ulcérées, qui traversent d'avant en arrière les portions indurées, et qui sont coupées elles-mêmes par des fissures transversales, donnant ainsi à la face dorsale de la langue une apparence quadrillée absolument caractéristique. Quant à l'ulcération, son aspect se rapproche beaucoup de celui de la gomme ulcérée, tout en étant plus irrégulier ; ses bords sont coupés à pic, sa surface est anfractueuse, et ne donne qu'une sécrétion peu abondante ; elle est ordinairement indolente, bien qu'on observe parfois des cas où elle devient le siège de douleurs assez vives, et elle ne saigne ni spontanément, ni au contact du doigt qui l'explore ; enfin, elle n'est pas accompagnée d'adénopathie sous-maxillaire.

Ajoutons encore que le diagnostic est souvent confirmé par l'existence d'accidents syphilitiques tertiaires en d'autres points du corps, ou bien par les renseignements du malade accusant des antécédents spécifiques ; mais, à ce propos, on apprendra à savoir se passer des renseignements commémoratifs Que de fois, en effet, la notion de l'accident primitif ou d'accidents secondaires ou tertiaires fait défaut, dans des cas où cependant la notion syphilitique de l'affection est démontrée ultérieurement par le résultat curatif du traitement spécifique !

Ulcérations tuberculeuses. On a cru longtemps que ces ulcérations constituaient seulement une manifestation très tardive au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Or, on a signalé des cas dans lesquels celle-ci n'existait pas, et où la lésion linguale semblait même être la première manifestation de l'infection par le bacille de Koch.

Ces ulcérations existent sans qu'il y ait de tumeur linguale, siègent de préférence sur la face dorsale de la langue ; elles ne présentent pas d'induration appréciable au niveau des bords ou du fond ; elles suppurent peu, ne saignent pas, et en général elles ne sont pas douloureuses.

Leur caractère le plus important, qui est presque pathognomonique, mais qui n'est pas constant, consiste dans un *semis de petits points, de couleur gris-jaunâtre, gros comme des têtes d'épingles au voisinage de l'ulcération ;* ils sont constitués par des nodules tuberculeux situés au-dessous de l'épithélium lingual au travers duquel ils sont visibles par transparence ; parfois même la surface de

l'ulcération présente un semis analogue de nodules tuberculeux plus ou moins caséeux.

On ne découvre pas de ganglions cervicaux engorgés. Mais, en revanche, on constate, dans l'immense majorité des cas, soit des *antécédents héréditaires* ou personnels, soit des *manifestations de la tuberculose*, surtout du côté du poumon.

Ulcérations cancéreuses. Leur caractère principal est de *reposer sur une véritable tumeur* La tumeur constitue une *induration qui sert de base à l'ulcération en même temps qu'elle l'entoure dans une zone plus ou moins étendue*, occupant même parfois toute l'épaisseur de l'organe. La lésion siège habituellement sur un des bords de la langue, mais elle peut aussi se développer sur sa face dorsale. Ainsi que nous l'avons dit, les bords et le fond de l'ulcération sont également indurés et recouverts de petites granulations ou de gros bourgeons œdémateux, au milieu desquels il existe très souvent des portions sphacélées formant des concrétions jaunâtres ou grisâtres. L'ulcération donne lieu à une *sécrétion très abondante de liquide séro-purulent d'odeur fétide*, s'accompagnant d'une *salivation exagérée*, qui constitue fréquemment le symptôme dont les malades se plaignent le plus; d'autre part, contrairement à ce qui a été dit pour les autres variétés d'ulcérations de la langue, le cancer lingual ulcéré est le siège d'*hémorragies fréquentes*, susceptibles de prendre parfois une gravité réelle.

Les douleurs sont ici constantes, et atteignent souvent une *intensité très grande*, s'accompagnant presque toujours de ces *irradiations dans l'oreille* du côté correspondant au siège de la lésion, qui sont relativement rares dans le cas d'ulcérations tuberculeuses. Enfin, il est un caractère qui ne fait défaut que très exceptionnellement, c'est l'*adénopathie sous-maxillaire, précoce et multiple.* A ajouter encore un signe qui n'est pas absolument pathognomonique, mais qui a cependant une certaine importance, à savoir l'*existence de plaques leucoplasiques* sur les parties saines de la langue, à côté d'une ulcération cancéreuse. On sait en effet que la dégénérescence épithéliomateuse de la leucoplasie linguale joue, dans la pathogénie du cancer de la langue, un rôle indiscutable; par conséquent la présence de ces plaques leucoplasiques sur une langue ulcérée crée une probabilité en faveur de la nature cancéreuse de l'ulcération.

En résumé, l'ulcération simple est presque toujours reconnaissable par son siège vis-à-vis d'une dent, et par l'absence de tumeur et d'induration.

Pour l'ulcération tuberculeuse, il y a surtout de la difficulté, lorsque la tuberculose pulmonaire n'existe pas.

Quant à l'induration du fond et des bords en particulier, et à l'existence d'une vraie tumeur, qui sont caractéristiques du cancer, elles peuvent se rencontrer dans les autres variétés d'ulcérations linguales, par suite de la coexistence d'une glossite chronique, ce qu'on peut observer, notamment, dans les cas d'ulcérations scléro-gommeuses de la syphilis, et l'on sera d'autant plus facilement induit en erreur que les antécédents syphilitiques feront souvent défaut.

Les sécrétions abondantes, et surtout les écoulements sanguins dont l'ulcération peut être le siège, semblent appartenir plus particulièrement au cancer; cependant ils peuvent manquer dans celui-ci et se montrer, au contraire, dans certains cas d'ulcérations syphilitiques et tuberculeuses. On peut en dire autant pour la salivation exagérée et la fétidité des sécrétions, ainsi que pour la douleur; toutefois, la douleur intense avec propagation à l'oreille est plus spécialement l'apanage de l'ulcération cancéreuse.

Enfin, l'adénopathie cervicale, également propre au cancer, peut parfois exister dans le cas d'ulcération syphilitique ou tuberculeuse, par suite d'infection septique secondaire. L.

EMPLOI DE L'EAU CHAUDE ET DE LA CHALEUR DANS LES AFFECTIONS CUTANÉES.

Les applications d'eau très chaude, sous forme de bains, de compresses, de cataplasmes, constituent une médication précieuse, trop souvent négligée, dans bon nombre d'affections chirurgicales douloureuses ou congestives, parmi lesquelles nous citons les poussées hémorrhoïdaires, les crises de prostatisme.

Plusieurs maladies de la peau se trouvent bien également de ce traitement.

Ainsi, dans l'*acné*, on cherche aujourd'hui, au moyen d'applications d'eau excessivement chaude, à obtenir une hypremie locale, intense mais transitoire

Le *prurit vulvaire* est calmé d'une manière plus complète et surtout plus durable par l'eau très chaude que par l'eau froide, dont les patientes abusent si souvent; il en est de même d'autres prurits.

D'après le d^r^ Heidenhain le traitement le plus efficace du prurit consisterait à appliquer, sur la partie qui est le siège des démangeaisons, des compresses imbibées d'eau très chaude à laquelle, pour éviter la macération de l'épiderme, on ajoute une cuillerée à bouche de tanin par litre. On n'oubliera pas de prévenir le patient que le tanin laisse sur le linge des taches indélébiles. L'auteur affirme que par ce moyen si simple et si commode on obtient la guérison du prurit dans tous les cas.

Pour ce qui concerne en particulier le traitement du prurit vulvaire, M. Heidenhain conseille de recourir au procédé suivant : chaque soir, avant de se coucher, la malade, après une injection vaginale au lysol et un lavage soigneux de la vulve, s'introduit entre les grandes lèvres une compresse de tarlatane chargée de la solution chaude de tanin.

L'*eczéma chronique*, rebelle à tous les moyens ordinairement employés, s'améliore ou se guérit volontiers sans l'action de la chaleur.

On peut procéder de différentes façons.

Liberson se sert de la *vapeur d'eau chaude*, au moyen d'une sorte de petite marmite de Papin, dans laquelle l'eau est introduite par un orifice situé à la partie supérieure et fermé par un bouchon métallique serré à vis; la vapeur d'eau chaude sort par un tube métallique coudé, auquel fait suite un tuyau en caoutchouc terminé par un embout; le liquide est alors à une température que le malade peut aisément supporter, ce que l'on facilite, d'ailleurs, en éloignant ou rapprochant de la lésion à trois, cinq, dix, quinze centimètres l'orifice de sortie de la vapeur; chaque séance peut durer d'un quart d'heure à une demi-heure.

L'auteur formulé les conclusions suivantes :

1° Le traitement par la vapeur d'eau chaude est un traitement spécifique de l'eczéma ;

2° La vapeur détermine la formation de l'épiderme sur les tissus redevenus normaux ;

3° Ce procédé présente les avantages suivants : la possibilité de mener le train de vie habituel, l'absence de douleurs, la propreté et enfin le peu de temps qu'il faut accorder au traitement ;

4° Ce traitement est surtout indiqué dans les cas rebelles où les autres procédés ont échoué ;

5° Il est possible que dans un certain nombre de cas il devienne utile de combiner ce procédé avec d'autres habituellement employés ;

7° Le traitement doit être continué pendant quelque temps après la guérison pour éviter les récidives.

L'application directe de la *chaleur rayonnante* est un moyen également très efficace et plus à la portée des médecins.

Voici comment on procédera : tous les jours, le soir, au moment de se coucher, le malade placera successivement chacune des régions atteintes devant un feu bien ardent (il suffit du foyer d'un poêle de dix centimètres d'ouverture) ; il se produit alors une sensation de démangeaison plus ou moins intense à laquelle il faut résister autant que possible ; si le prurit est trop intense, le sujet passera doucement sur la partie malade la face dorsale de la main préalablement lavée dans de l'eau bouillie, avec un savon de toilette non irritant.

Le prurit reparaît bientôt : on recommence la manœuvre ci-dessus décrite 5 à 6 fois par séance. Ce traitement rend le repos aux eczémateux privés de sommeil, qui se livraient auparavant à un grattage plus ou moins inconscient pendant la nuit.

On a aussi proposé de traiter les *lupus* en faisant converger sur les parties malades les *rayons solaires*, au moyen d'une forte lentille biconvexe.

Fagart qui a expérimenté la méthode dans plusieurs affections, cancroïdes, verrues, naevi, conclut en ces termes :

1° Les effets des rayons, qui consistent en une action stimulante, irritante, caustique et destructive, peuvent être rigoureusement localisés et dosés;

2° La douleur qu'ils provoquent disparaît presque aussitôt qu'on cesse la cautérisation ;

3° Enfin, grâce à leur action chimique, ils stimulent d'une façon toute spéciale la vitalité des tissus, fait qui se manifeste par la transformation rapide, sous leur influence, des ulcérations malignes en plaies qui se recouvrent de bourgeons charnus de bonne nature et se cicatrisent rapidement.

Les *ulcères de la jambe*, souvent si rebelles à tout traitement, seront soumis avec grand avantage à l'action de la chaleur. On peut appliquer l'eau chaude sous forme de *compresses* fréquemment renouvelées pendant une ou plusieurs séances quotidiennes de un quart d'heure à une demi-heure de durée.

On peut aussi recourir à un *sac en caoutchouc* rempli d'eau chaude appliqué 7 à 8 heures au moins par jour.

Quelques heures après la première application du traitement, les douleurs disparaissent, les démangeaisons et les sensations désagréables qui existaient au niveau de la région malade cessent de se produire; le lendemain, ou au bout de quelques jours, l'amélioration s'accentue d'une façon frappante par la régularisation des phénomènes circulatoires amenant la disparition de la stase veineuse autour de l'ulcère; puis les sécrétions cessent d'être fétides, la surface ulcéreuse se déterge et commence à se couvrir de bourgeons charnus de bonne nature; un peu plus tard, les bords calleux de la plaie se ramollissent, la cicatrisation marche avec une énergie remarquable et une rapidité considérable, et, somme toute, la guérison complète survient beaucoup plus rapidement qu'avec les autres moyens thérapeutiques employés ordinairement.

On se trouve également bien de faire circuler l'eau chaude à la surface de l'ulcère au moyen d'un *serpentin*.

Le d^r^ Colleville se sert de la *chaleur rayonnante* au moyen d'un

simple bec de Bunsen, rattaché par un tube de caoutchouc à la première prise de gaz venue, et d'un petit carré de grillage métallique; celui-ci est léché sur une petite surface par la flamme *bleue* du bec Bunsen, réglé de façon à ce que le grillage commence à rougir sur cette petite surface. Les contours de la plaie sont protégés par des linges mouillés. Au niveau de l'ulcère, la chaleur, 45° centigrades, est supportable en raison de la couche d'air qui passe entre la plaie et l'écran rougi, qui en est tenu à 25 centimètres.

Les séances durent de vingt-cinq à soixante minutes. L'ulcère est alors recouvert d'une sérosité semblant congélée à sa surface, dans laquelle se font l'exode des leucocytes, la segmentation et la multiplication des cellules fixes; à chaque séance, en effet, on constate de nouveaux bourgeons charnus. A la périphérie se fait un liseré blanchâtre, opalin, transparent.

Quand on entre dans la période d'épidermisation franche, le chauffage se fait moins intense, mais plus prolongé.

Après l'exposition au feu, on laisse sécher la sérosité réparatrice, puis on applique un pansement aseptique.

Les séances ont duré en moyenne de deux à trois quarts d'heure, leur nombre s'élevant de cinq à vingt-cinq. L'épidermisation serait ainsi très vite obtenue.

Le même procédé a donné de bons résultats dans les *ulcères phagédéniques*, les *tuberculoses locales*.

Le *chancre mou*, dont le microbe spécifique périt à une température peu élevée, a été traité systématiquement par la chaleur.

Il suffit de recourir à l'eau à une température de 40 à 45°, circulant dans des tubes de plomb enroulés sur le pénis préalablement enveloppé d'ouate trempée d'eau bouillie. Par-dessus les tubes, on place une couche d'ouate recouverte de gutta-percha. Le pansement, continué pendant deux jours environ, sera changé trois fois par jour. Les granulations de bonne nature apparaissent au bout d'une demi-journée de traitement, et deux jours après elles ont envahi toute la région ulcérée. En cas d'adénopathie inguinale préexistante, on obtient ainsi une accélération du travail de suppuration, et une cicatrisation rapide, une fois le pus évacué (140 succès, 4 insuccès : statistique de Welander). L.

—

TRAITEMENT DES ECZÉMAS REBELLES.

Les eczémas professionnels, fréquents aux mains chez les blanchisseuses, les cuisinières, les maçons, les boulangers, les épiciers (anciennement la gale des épiciers) sont très rebelles au traitement et on

s'imagine volontiers que leur guérison ne peut être obtenue sans exiger la suppression de tout travail manuel, ce qui équivaudrait à l'abandon da la profession.

Or, d'après une communication récente du d[r] Unna, il serait possible de guérir ces eczémas, même en permettant aux sujets de continuer leur travail et d'éviter ainsi un chômage très onéreux. Pour cela, il suffirait de leur *interdire de se laver les mains le matin et dans le courant de la journée*. Ce ne serait cependant pas le lavage par lui-même qui serait mauvais pour l'eczéma dont il s'agit, mais bien l'exposition immédiate des mains lavées à l'air et aux influences nocives.

Le lavage, en effet, enlève les parties grasses qui protègent la couche cornée, celle-ci se fendille, et les fissures non-seulement occasionnent une douleur qui augmente l'hypérémie. mais encore deviennent la porte d'entrée pour la poussière et les autres agents irritants.

Le sujet atteint d'eczéma manuel doit donc *se laver les mains le soir*, avant de se coucher, *puis appliquer une pommade médicamenteuse à conserver toute la nuit*. Quand les mains sont très sales, il faut, au préalable, les enduire d'une couche d'huile.

Il faut que le lavage se fasse au savon et à l'eau tiède ou chaude. On devra frotter énergiquement les parties saines et avoir soin de bien nettoyer les ongles à la brosse. On appliquera ensuite une des pommades habituellement employées contre l'eczéma, puis on recouvrira les mains d'une étoffe imperméable ou bien encore on mettra des gants de caoutchouc. Le lendemain matin, les mains seront essuyées sans les laver, de façon à y laisser une couche de graisse qui sert d'enduit protecteur. Si pendant la journée le lavage des mains devient absolument nécessaire, il faut de suite les enduire d'un corps gras dont on enlève l'excédant en les essuyant. Le mélange préconisé par Lassar pour les eczémas des mains des chirurgiens (huile d'olive, glycérine, lanoline, vaseline, etc.) peut très bien convenir à cet effet.

« La suppression du lavage matinal, dit Unna, suffit à amener la guérison de la plupart des eczémas des mains. Naturellement on doit faire une exception pour ceux qui surviennent chez les lavandières ou les servantes ; mais ici aussi j'ai observé que le véritable agent nocif n'est pas tant le contact avec l'eau chaude et le savon que le dessèchement consécutif de la peau exposée à l'air et à la poussière. Si donc, dans les intervalles du travail, on emploie les corps gras, si immédiatement à la fin de la journée on fait le pansement définitif, on peut encore obtenir de bons résultats. »

On a aussi recommandé pour les eczémas rebelles sillonnés de

crevasses à bords indurés, les ***badigeonnages de glycérine iodée***, comme suit :

Iode pur	0 gr. 10 centig.
Iodure de potassium	0 » 25 »
Glycérine	12 » 50 »

Un badigeonnage par 24 heures. Recouvrir d'un pansement.

Une quinzaine de jours suffirait en général pour la guérison.

A signaler également les ***badigeonnages au nitrate d'argent*** plus ou moins concentré, lesquels ont un si heureux effet dans les vieux eczémas indurés.

Enfin, le dr Davezac a célébré dernièrement les heureux effets qu'il avait obtenus par l'emploi de ***la peau de daim*** ou ***de chamois*** dans le traitement des eczémas rebelles.

Cette peau présenterait les avantages suivants :

Elle est souple et s'adapte parfaitement sur toutes les surfaces ; elle peut facilement se laver et ne se putréfie pas ; elle boit peu la pommade que l'on applique sur elle ; le pansement reste humide en dessous, sec au dessus et ne colle pas aux tissus, si bien que l'on peut l'enlever sans s'exposer à détruire la cicatrice en voie de formation ; sous son action, la peau se recouvre d'écailles qui, en se détachant, laissent voir un tissu sain.

La nature de la pommade employée importe peu ; la peau de daim a une action très efficace ; c'est un excellent véhicule qui maintient le contact de la pommade avec la peau.

Elle remplace utilement le linge qui sèche, adhère et déchire, et le caoutchouc qui, très utile au début, ne tarde pas à produire de l'érythème cutané.

Avec l'emploi de ce pansement, le dr Davezac garantit la guérison momentanée des eczémas et le soulagement apporté à l'état des malades. L.

POSOLOGIE DES MÉDICAMENTS USUELS CHEZ LES ENFANTS.

Contrairement à ce qu'on pense généralement, les enfants tolèrent mieux et éliminent plus rapidement les médicaments que les adultes.

Il y a seulement deux écueils à éviter : c'est d'abord le choc qui pourrait résulter de doses massives agissant trop vivement sur le système nerveux, c'est ensuite l'offense que pourrait ressentir l'estomac de médicaments insuffisamment dilués.

Doses fortes, mais fractionnées et diluées, voilà la formule qui, selon les préceptes du dr Comby, permet d'atteindre le but, sans le dépasser, sans nuire à l'organisme de l'enfant.

Cela dit, il passe en revue les principaux remèdes actifs qu'il a utilisés chez les enfants et les doses quotidiennes maxima qu'il croit devoir conseiller.

I. *Opium*. L'opium est le médicament le plus redouté chez les enfants, surtout avant deux ans; on a exagéré les dangers sous ce rapport.

Pour la *poudre de Dower*, ainsi que nous avons eu occasion de le dire récemment, la dose quotidienne sera de 5 *centigrammes par année d'âge*, répartie en 5 doses. Par exemple, un enfant d'un an pourra prendre 1 *centigramme* de poudre de Dower toutes les deux heures.

Un enfant de 5 ans prendra 5 *centigrammes* toutes les 2 heures, etc. En fractionnant ainsi les doses, on pourra toujours s'arrêter devant les effets physiologiques (narcose, myosis etc.).

Au-dessus de 10 ans, les doses seront à peu près celles de l'adulte.

Le *laudanum de Sydenham*, vin d'opium composé, contenant 8 centigrammes d'extrait d'opium par gramme, est très usité. La dose maxima est de II *gouttes par année d'âge*, fractionnées en huit ou dix prises, surtout au-dessous d'un an.

On pourra donc formuler une potion avec I *goutte* de laudanum de 3 à 6 mois, II *gouttes* de 6 à 12 mois, III *gouttes* à 18 mois, IV *gouttes* à 2 ans, X *gouttes* à 5 ans.

L'*élixir parégorique* du Codex français, 10 fois plus faible en poids que le laudanum, sera donné à la dose de XX *gouttes par année d'âge*, XL *gouttes* à 2 ans, LXXX *gouttes* à 4 ans, 2 grammes à 5 ans, 4 grammes à 10 ans, etc.; l'élixir parégorique du Codex belge est environ deux fois plus faible que l'élixir français.

Quant à la *morphine*, elle ne sera employée, en injections hypodermiques, que dans la seconde enfance, la dose maxima initiale ne devant pas dépasser 2 à 3 milligrammes.

Toutes les doses maxima indiquées plus haut sont des doses initiales; l'accoutumance permet d'aller beaucoup plus loin.

II. *Aconit*. Ce médicament est bien supporté par les enfants; seulement, on évitera de prescrire chez eux l'aconitine cristallisée, trop énergique; on s'en tiendra à l'*alcoolature de racines*, de préférence à toute autre préparation.

On la donnera, en fractionnant les prises (une toutes les heures ou toutes les 2 heures), à la dose maxima de X *gouttes par jour et par année d'âge*, ce qui indique qu'on pourrait aller jusqu'à C gouttes chez un enfant de 10 ans. L'association avec la teinture de belladone augmente encore la tolérance pour l'aconit et renforce son action.

Dans tous les cas, si l'on veut avoir un effet réel de l'aconit, il faut donner des doses fortes, presque toxiques.

III. *Belladone.* La belladone et son alcaloïde, l'atropine, sont aussi bien tolérés par les enfants que l'aconit.

On fait usage de l'*extrait de belladone* par la bouche ou par le rectum, à la dose quotidienne maxima de *un demi-centigramme par année d'âge;* à 6 ans, on pourra donner ainsi en potion, ou en lavement, en suppositoire, 3 centigrammes d'extrait de belladone.

La *teinture de belladone* se donnera à la dose quotidienne maxima, fractionnée suivant l'usage, de V *gouttes par année d'âge*; un enfant de 5 ans prendra XXV *gouttes*; on devra toujours tâter la susceptibilité individuelle avec des doses moindres, graduellement croissantes jusqu'à effet (mydriase, turgescence des joues, sécheresse de la gorge, etc.).

Le *sulfate neutre d'atropine, en solution au millième* (1 centigr. pour 10 grammes) se donnera à raison de V *gouttes par année d'âge;* un enfant de 4 ans pourra prendre XX *gouttes* réparties sur toute la journée; ces XX gouttes représentent un milligramme de *sulfate d'atropine.*

IV. *Digitale.* Les digitalines ne sont guère prescrites chez les enfants; d'autre part, la teinture de digitale ainsi que le sirop de digitale préparé avec la teinture sont des préparations infidèles, de sorte qu'on s'en tiendra volontiers à la poudre et à la décoction ou à l'infusion.

La *poudre de feuilles* peut être donnée en nature, suspendue dans un sirop ou une potion, à la *dose maxima* quotidienne de 2 *centigr. par année d'âge;* encore faudra-t-il, pour éviter l'accumulation, ne pas donner le médicament plus de 5 à 6 jours consécutifs.

Si l'on emploie la décoction ou l'*infusion* de poudre de feuilles, on s'en tiendra aux mêmes doses, sauf pour les cas urgents où l'on pourra doubler la dose et donner 4 à 5 *centigrammes par année d'âge*, 20, 25, 30 centigrammes (4, 5, 6 ans).

V. *Caféine.* La caféine est d'un emploi moins délicat que la digitale, d'une action plus prompte, d'une élimination plus rapide; elle est très bien supportée par les enfants, malgré leur excitabilité nerveuse.

Dans la première enfance, elle s'emploiera surtout en *injections sous-cutanées*, à la dose maxima quotidienne de 20 *centigrammes par année d'âge*, en 2 ou 3 prises.

Un enfant de 4 ans recevra, sans inconvénient, 3 ou 4 injections de 20 centigrammes de caféine en 24 heures. En potion, la dose serait la même.

V. *Quinine.* La quinine est admirablement bien tolérée par les enfants, à doses formidables. On peut la donner *par la bouche* en

masquant son amertume avec le jus ou l'extrait de réglisse, à la dose maxima quotidienne de 15 à 20 *centigrammes par année d'âge*. Pour obtenir de ce médicament des effets immédiats et palpables, il faut le donner à *doses massives*, en 1 ou 2 prises.

Soit un enfant de 4 à 5 ans, chez lequel on veut abaisser la température; on prescrira 60 à 80 centigrammes de chlorhydrate de quinine en une dose ou deux doses rapprochées.

Par la voie hypodermique, la quinine (bichlorhydrate surtout) sera prescrite aux *mêmes doses* : 20, 30, 40, 50 centigrammes par injection.

VII. *Antipyrine*. Substance également bien tolérée par les enfants de tout âge à la dose de 15 à 50 *centigrammes par année d'âge*, sans fractionnement exagéré (1, 2, 3 doses au plus par jour).

Chez les enfants de 5 à 10 ans, l'auteur prescrit couramment 3 grammes d'antipyrine par jour (en 3 prises).

VIII. *Salicylate de soude*. Le salicylate de soude se prescrira à haute dose chez tout enfant qui n'aura pas de néphrite. S'il y a un rhumatisme articulaire aigu, accompagné d'albuminurie, on le prescrira encore, malgré la crainte théorique d'une élimination rénale imparfaite.

La dose moyenne sera de 50 *centigrammes par année d'âge*, en fractionnant les prises (une toutes les deux heures). Un enfant de 5 ans supportera très bien 2 à 3 grammes de salicylate de soude; un enfant de 10 ans pourra en absorber 5 à 6 grammes. La même dose pourra être continuée plusieurs jours, tant que les phénomènes aigus persisteront; elle sera diminuée ensuite graduellement.

IX. *Strychnés*. Les médicaments tétanisants ne sont pas plus dangereux chez l'enfant que chez l'adulte, au contraire.

La *poudre de noix vomique*, chez l'enfant dont l'estomac est paresseux, sera prescrite, mêlée aux poudres absorbantes et alcalines, à la dose quotidienne de *un-demi centigramme par année d'âge* (en trois prises). Un enfant de 6 ans prendra ainsi 3 centigrammes de poudre de noix vomique par jour. Un enfant de 10 ans en prendra 5 *centigr*.

Pour éviter l'accumulation, on ne prolongera pas plus de 10 jours la prescription quotidienne.

Le *sulfate de strychnine* pourra également être prescrit *dans la seconde enfance* (8, 10, 12 ans) à la dose de 2, 3, 4 milligrammes en granules de 1 milligramme. On cessera au bout de 10 jours.

X. *Mercure*. Le mercure, quand il est indiqué, doit être donné largement dans l'enfance, aussi bien chez les nouveau-nés que chez les nourrissons et les enfants plus âgés.

La syphilis héréditaire existe, il faut l'attaquer avec vigueur en faisant absorber le mercure par l'estomac ou par la peau.

On donnera la *liqueur de Van Swieten, X gouttes* 3 *fois par jour dans le premier mois de vie*, XX gouttes dans le second, XXX dans le troisième. *Au-dessus d'un an, on pourra donner 4 à 5 grammes par jour*, dans du lait.

Si l'on a recours aux *frictions mercurielles*, moyen excellent, on prescrira, quel que soit l'âge, 1 *ou* 2 *frictions quotidiennes avec* 2 *grammes* de la pommade mercurielle.

Plus tard, on donnera le *sirop de Gibert (1/2 cuillerée à café à 1 an*, 1 à 2 ans, 2, 3 et 4 au-dessus de cet âge).

Quelle que soit la dose employée, l'enfant la supportera admirablement et n'en éprouvera ni anorexie, ni gastralgie, ni salivation, etc.

Le *calomel* est un purgatif, un antiseptique intestinal, un cholagogue, en qui le d[r] Comby a la plus grande confiance.

Il a pour habitude de prescrire, *en une seule dose, comme purgatif*, 5 *centigrammes par année d'âge*. Un enfant de 2 ans prendra 10 centigrammes, un enfant de 4 ans 20 centigrammes, un enfant de 10 ans 50 centigrammes.

Comme anthelminthique, on peut l'associer au semen-contra, à la santonine, à la fougère mâle, etc. Les doses peuvent alors être fractionnées.

XI. *Iode et iodures*. L'iodure de potassium ou de sodium, si mal toléré parfois chez les adultes, est absorbé facilement par les enfants. On le prescrira à la dose maxima de 20 *centigrammes par année d'âge*. Un enfant de 3 ans peut prendre 60 centigrammes et même plus d'iodure de potassium par jour et cela indéfiniment. Le d[r] Comby a donné dans certains cas de syphilis cérébrale jusqu'à 2, 3, 4 gram. par jour chez des enfants de 5, 6, 8 ans.

Jamais il n'a vu d'acné, de manifestations oculaires, nasales, pharyngées; la tolérance est vraiment remarquable. Les fonctions digestives ne sont pas entravées. L'iodisme est une exception dans l'enfance.

En dehors de la syphilis, *dans* l'*asthme*, la *scrofule*, le *rhumatisme chronique*, l'iodure de potassium se donne à faibles doses longtemps continuées (5 *centigrammes par année d'âge)*.

Il n'y a pas de contre-indication à l'emploi de ce remède.

L.

MÉDICATION IODÉE.

Les d[rs] Brissemoret et Joanin ont donné, dans le *Journal des Praticiens*, quelques indications pratiques à propos de la médication iodée.

Jusqu'à ces derniers temps la médication iodée se résumait dans

l'emploi de l'iode, des iodures métalliques, rarement dans celui de l'iodoforme; plus rarement encore utilisait on le mélange désigné sous le nom d'iodure d'amidon.

L'*iode métallique* s'emploie sous forme de teinture alcoolique; cette teinture est au 13e. Un gramme, ou 61 gouttes de ce liquide, renferme sensiblement 77 milligrammes d'iode, chaque goutte renferme donc environ o gramme 0012 d'iode. On la prescrit généralement à la dose de une à dix gouttes dans un peu de lait. La teinture d'iode s'altère rapidement et donne lieu à la production d'acide iodhydrique. A la teinture d'iode, on peut substituer, pour l'usage interne, un soluté alcoolique d'iode :

Iode métallique	0 gr. 50.
Alcool à 96°	9 gr. 50.

L'introduction dans cette formule d'un alcool à titre plus élevé que celui qui entre dans la formule inscrite au codex assure la stabilité du produit.

On peut utiliser les solutés aqueux d'iode dans l'iodure de potassium : la formule de la *solution de Lugol* est la suivante :

Iode	0 gr. 20
Iodure de potassium	0 gr. 40
Eau	1 litre.

Un verre à Bordeaux renferme 0 gr. 112 d'iode; on peut rendre cette formule très avantageusement gazeuse, au moment de l'emploi, en versant dans le verre, un mélange de 0 gr. 15 de bicarbonate de soude et de 0 gr. 15 d'acide citrique.

L'iode est encore associé fréquemment au sirop de ratanhia ou au sirop antiscorbutique; ces associations constituent de véritables combinaisons. La première est le *sirop iodotannique* :

Iode	1 gr.
Alcool à 90°	12 gr.
Sirop de ratanhia	988 gr.

qui contient le millième de son poids d'iode; on l'administre à la dose de 2 cuillerées à soupe par jour. La seconde est le *sirop de raifort iodé* :

Iode	1 gr.
Alcool à 90°	15 gr.
Sirop de raifort composé	985 gr.

L'iode ne doit pas être associé aux sels d'alcaloïdes, dont il précipite la base à l'état de dérivé iodé, ni aux liquides renfermant des acides ou des sels à réaction acide, ni à l'antipyrine dans les solutions de laquelle il détermine un précipité d'iodo-antipyrine.

L'*iodure de potassium* se prescrit en solution ou en sirop; en solu-

tion mêlée à du bouillon, du lait, de la bière. L'*iodure de sodium* se prescrit de même. L'*iodure d'ammonium*, très déliquescent et d'une saveur très désagréable, se prescrit aux doses de 0 gr. 10 à 3 gr. Quant à l'*iodure de calcium*, son instabilité est telle qu'il se décompose très peu de temps après sa préparation en abandonnant l'iode qu'il renferme.

Les recherches récentes de Baumann, sur les principes actifs de la glande thyroïde, ont appelé l'attention sur les dérivés organiques iodés.

Les travaux de Baumann ont établi que l'action thérapeutique de la glande thyroïde est due surtout à un composé organique iodé particulier. La *thyroiodine* représente 0 gr. 2 à 0 gr. 5 p. c. de la glande fraîche; elle renferme environ 10 p. c. d'iode et 0,50 p. c. de phosphore en combinaison organique; elle est insoluble dans l'eau; elle se trouve dans la glande en combinaison avec des matières albuminoïdes; cette combinaison est détruite pendant la préparation de la thyroiodine sous l'influence des acides.

La thyroiodine (iodothyrine du commerce) s'administre de la façon suivante;

Iodothyrine	0 gr. 03
Sucre de lait	1 gr.

pour une tablette.

Le fucus vesiculosus renferme 0 gr. 02 p. c. d'iode presque exclusivement à l'état de combinaison organique soluble dans l'eau et dans l'alcool, et dont l'action pourrait être fort voisine de celle de l'iodothyrine.

On a proposé de l'administrer en pilules à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50:

Extrait aqueux de fucus vesiculosus	1 gr.
Poudre de fucus vesiculosus.	1 gr.

pour dix pilules.

Récemment Lépinois d'un côté, Liebreich de l'autre, ont préparé, le premier une caséine iodée renfermant 2 p. c. d'iode, le second une caséiodine contenant de 8 à 9 p. c. d'iode. Ces deux substances possèdent une certaine analogie avec la thyroiodine.

L.

LA GÉLATINE COMME HÉMOSTATIQUE.

On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps à Paris du traitement des anévrysmes par la gélatine — et MM. Bar et Keim viennent d'utiliser ses propriétés coagulantes pour arrêter une hé-

morrhagie traumatique de l'accouchement. Au cours d'une application de forceps dans un bassin de 10 centimètres, tout à coup, les assistants entendent un craquement et la tête tombe au fond de l'excavation. L'enfant est extrait vivant, mais on constate une rupture de la symphyse pubienne et une déchirure intéressant presque toute la hauteur du vagin : le sang coule abondamment. On suture la plaie vulvaire et après avoir fait la délivrance, on pratique un tamponnement utéro-vaginal serré : le suintement continue. On retire une demi-heure plus tard le tampon et on en applique un nouveau : le suintement sanguin persiste et l'état de la femme devient inquiétant.

On retire le tampon et on le remplace par de la gaze iodoformée imbibée d'une solution de gélatine à 10 p. c. L'hémorrhagie s'arrête. Cette femme est morte le 5e jour de septicémie suraiguë. Il n'y avait pas de péritonite, mais la culture du sang a donné des colibacilles.

La gélatine est le milieu de culture le plus employé dans les laboratoires et *a priori* il ne paraît pas prudent, surtout dans un vagin, de fermer avec un bouchon gélatineux un vaisseau qui donne.

Espérons que des laboratoires nous viendra bientôt une gélatine qui coagule le sang sans l'ensemencer de microbes — ou un hémostatique qui mette à l'abri des infections. E. H.

NÉVRALGIES, CÉPHALALGIES ET PULVÉRISATIONS D'ÉTHER.

Le dr Humm propose un moyen très simple, et qui réussirait dans presque tous les cas de névralgie, de céphalalgie et de migraine localisée : les pulvérisations d'éther, continuées jusqu'à ce que la peau sur laquelle est dirigé le spray se recouvre d'un enduit blanchâtre.

Le plus souvent une seule pulvérisation suffit pour faire disparaître la douleur; quelquefois, il en faut deux ou trois. La peau n'a jamais à souffrir du traitement. E. H.

TRAITEMENT MÉCANIQUE DE LA CÉPHALALGIE.

Les gens qui ont mal à la tête ont une tendance instinctive à presser leur tête entre leurs mains, et particulièrement à exercer une pression au niveau des tempes. Partant de cette observation le dr Sarason a fait construire un appareil composé de deux pelotes qui s'appliquent aux régions temporales et que maintient un ressort. A son avis, il se fait ainsi une sorte de massage de la région, et de plus la compression des artères temporales régularise la circulation; cette compression artérielle est particulièrement indiquée dans la migraine angioparalytique. Les résultats obtenus sont, paraît-il, satisfaisants. L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 29 octobre 1898.

1. *De l'étiologie et de la pathogénie de certaines cataractes polaires antérieures;* par M. Nuel, Membre titulaire.

Il ne s'agit pas des cataractes pyramidales, manifestement congénitales, mais de ce petit disque d'un blanc nacré, nullement saillant, délimité, du diamètre de 1 à 2 millimètres, qu'on trouve assez souvent, soit à un œil, soit aux deux, juste au centre de la pupille. Il n'a aucune tendance à la progression, mais diminue sensiblement l'acuité visuelle (à un demi et moins). Ces cataractes, absolument typiques, passent généralement pour être congénitales.

D'après l'observation de six cas de ce genre, M. Nuel croit pouvoir conclure qu'elles ne sont pas congénitales, mais acquises à la suite d'une maladie oculaire extra-utérine, savoir la blennorrhée des nouveau-nés. Après avoir trouvé cette cataracte dans quatre yeux que préalablement il avait traités pour une blennorrhée des nouveau-nés (sans avoir rien noté d'anormal dans la pupille au début de la blennorrhée), il a porté une attention spéciale sur ce sujet, et dans deux cas il a vu se développer la cataracte en question, alors que certainement rien de pareil n'avait existé au début de la blennorrhée.

Dans toutes ces observations, il y avait eu, lors de la blennorrhée, des complications cornéennes, avec ou sans perforation de la cornée.

M. Nuel estime que la genèse du trouble cristallinien est la suivante : Dans les complications cornéennes de la blennorrhée, des substances phlogogènes (produit de sécrétion des microbes intracornéens) diffusent dans la chambre antérieure et vont notamment provoquer de l'iritis. Au niveau de la pupille (toujours très petite dans ces circonstances, de 1 millimètre environ), ces substances phlogogènes arrivent jusqu'à la capsule du cristallin, qu'elles traversent par diffusion, et vont affecter les cellules de l'épithélium cristallinien. Celles-ci, encore en pleine activité formatrice à la naissance, et plus sensibles aux causes irritantes que plus tard, se mettent à proliférer et à produire le tissu cellulaire et fibreux qui constitue les cataractes polaires antérieures.

Dans tous les cas observés par lui, M. Nuel a noté l'existence de complications cornéennes. Il ignore si la blennorrhée à elle seule peut suffire pour produire la cataracte.

Si les ulcères cornéens de plus tard, survenant dans une période plus avancée de la vie, ne donnent généralement pas lieu à ces cataractes, c'est apparemment que l'épithélium cristallinien, moins jeune, est aussi moins apte à ressentir les influences nuisibles.

La cause de ces cataractes étant connue, on entrevoit la possibilité d'en prévenir la formation.

2. *Le nourrisson, la nourrice, l'enfant de la nourrice;* par M. Barella, Membre titulaire.

M. Barella, après avoir cité un fait qui s'est passé dans une commune des environs de Bruxelles, commente le cas de transmission de la syphilis d'un enfant à sa nourrice; demande quel est le rôle à tenir par le médecin en semblable occurrence, et indique la marche suivie à Paris dans l'allaitement des enfants syphilitiques.

Il résume ainsi sa communication :

« 1° S'il y a lieu de protéger le nourrisson contre l'infection syphilitique venant de la nourrice, il y a lieu aussi de protéger la nourrice contre le nourrisson, de n'autoriser l'allaitement mercenaire qu'après un examen médical sérieux, attestant la santé de la nourrice et la santé de l'enfant, et l'impossibilité d'une infection provenant de la nourrice comme d'une infection provenant de l'enfant;

2° Dans le doute, l'allaitement mercenaire ne sera pas autorisé;

3° La nourrice ne pourra allaiter un autre enfant qu'après qu'elle aura donné le sein pendant quatre mois au sien;

4° Il y a lieu d'organiser l'assistance maternelle, de venir en aide aux mères malheureuses, qu'elles soient mariées ou non.

Il existe à Paris certaines œuvres philanthropiques que M. Paul Strauss a décrites en 1896 dans un livre d'une éloquence vibrante, intitulé : *L'enfance malheureuse.*

Il faut aider les mères pauvres à élever et à allaiter elles-mêmes leurs enfants; il faut organiser des secours pour prévenir l'abandon des enfants.

Je n'en dirai pas davantage pour qu'on ne m'accuse pas de vouloir engager l'Académie sur un terrain qui n'est pas le sien. Je vous lisais le 26 décembre 1896 une note sur *L'accouchement secret, les maternités et la natalité.*

L'accouchement secret a quelquefois sa raison d'être. Cela a été compris, et aujourd'hui il existe à Bruxelles une maternité dans laquelle des filles séduites, abandonnées, peuvent accoucher secrètement. Cette institution, due à l'initiative éclairée d'un généreux philanthrope, M. Somzée, répondait à un besoin créé par l'état de l'esprit public actuel, avec ses préventions et ses préjugés.

Il y aurait lieu aussi de créer des *mutualités maternelles*, des *secours d'accouchement* et des *secours d'allaitement*, de distribuer ceux-ci tous les mois aux mères nécessiteuses, comme cela existe à Paris. Chez nos voisins, on a établi par le calcul la supériorité du secours d'allaitement sur les dépenses d'abandon.

— M. le Président propose de porter la discussion de la communication de M. Barella à l'ordre du jour d'une prochaine séance. — Adopté.

1. Suite de la discussion concernant l'obligation de la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses.

M. Kuborn ne croyait pas devoir revenir sur les raisons présentées par MM. Hubert, Janssens et lui-même, et dont la conclusion a été la proposition qu'il a formulée à la dernière séance. Il le croyait d'autant moins qu'aucun Membre de l'Académie ne s'est levé pour la combattre. Mais puisque M. le Secrétaire l'y invite, il insistera sur les points suivants.

Toute prophylaxie sanitaire est impuissante et stérile : 1° sans une déclaration des cas de maladies infecto-contagieuses de nature à pouvoir s'élever à la puissance d'épidémie grave ; 2° sans un isolement et une désinfection obligatoires pratiqués soit par les soins de la famille elle-même, soit par ceux de l'autorité. Enfin, il y a lieu de déterminer dans un sens pratique et sans exagération, les maladies sujettes à la déclaration obligatoire. La prescription existe dans la plupart des pays ; mais dans certains d'entre eux on l'a trop étendue. M. Kuborn cite les noms des maladies à déclaration obligatoire en Allemagne, en Hongrie, en Hollande, en Italie, en Suisse, à New-York, etc. Le chiffre de celles qu'il conviendrait de considérer en Belgique ne s'élève pas au delà de sept ou huit. L'auteur se réserve de justifier les admissions et les exclusions quand il conviendra au Gouvernement de consulter l'Académie sur ce point.

M. le Président pense qu'il serait regrettable de clore cette discussion en ce moment. Après les développements donnés par M. Kuborn à l'appui de sa proposition, il estime qu'il y aurait lieu de remettre à une séance ulérieure la suite de la discussion, d'abord parce qu'un certain nombre de Membres sont opposés au principe de l'obligation et ensuite parce que l'application de ce principe n'a donné, en France, que peu de résultats.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

2. Suite de la discussion de la communication de M. Hubert, portant pour titre : *Traitement des septicémies puerpérales par le sérum antistreptococcique.*

— Personne ne demandant la parole, cette discussion est rayée de l'ordre du jour.

3. Discussion de la communication de MM. Gratia et Liénaux, intitulée : *Contribution à l'étude bactériologique de la diphtérie aviaire.*

M. Schrevens applaudit aux efforts que continue à faire M. le d^{r} Gratia pour parvenir à déterminer d'une façon précise l'étiologie de la diphtérie humaine ; cette question, résolue dans un sens assez nettement par l'observation clinique, a besoin de démonstrations bactériologiques qui fassent disparaître toutes les incertitudes dont elle est encore entourée : la lumière commence à se faire grâce aux travaux intéressants de M. le d^{r} Gallez fils, de M. le d^{r} Ferré, de Bordeaux, et en dernier lieu de M. Gratia, qui n'abandonnera certainement pas ses recherches avant qu'elles aient abouti à un résultat certain.

M. Schrevens trouve dans la statistique la preuve de l'efficacité des inoculations du sérum antidiphtérique ; la mortalité par diphtérie diminuait, il est vrai, depuis 1886 ; mais la chute a été trop marquée en 1895, alors que le traitement sérothérapique a été généralisé, pour qu'on ne rapporte pas à ce traitement au moins une part du résultat.

— Il résulte des expériences de MM. Gratia et Liénaux, dit M. Léon Gallez, que la diphtérie du pigeon est provoquée par un bacille offrant de grandes ressemblances avec le bacille de Löffler et

analogue à celui du catarrhe contagieux, ou nifflet des volailles. Ces affections auraient donc une origine commune. L'intérêt de la question réside dans le point de savoir si ce bacille provient d'un diphtéritique vrai atténué ou d'un pseudo-diphtéritique, en d'autres termes si la diphtérie du pigeon et le nifflet de la poule peuvent ou non donner la diphtérie à l'homme. Or, actuellement, un grand nombre de bactériologistes admettent l'identité des bacilles diphtéritiques et des pseudo-diphtéritiques : ces derniers ne seraient que des formes atténuées du bacille de Löffler, mais susceptibles, dans certaines conditions, de reprendre toute leur virulence.

Quoi qu'il en soit, cette question n'est pas encore complètement résolue au point de vue bactériologique, mais il est indéniable qu'en présence de l'incertitude qui règne aujourd'hui au sujet de la nature réelle des bacilles dits « pseudo-diphtéritiques » et de l'abondance des faits qui tendent à démontrer l'origine aviaire de la diphtérie humaine, on ne peut plus, comme autrefois, au nom de la bactériologie, refuser d'admettre cette origine.

— Personne ne demandant plus la parole, cette discussion est close.

VARIÉTÉS.

L'ÉTUDIANT INTÉRIMAIRE.

Leçon de déontologie du professeur Eugène Hubert.

Messieurs. Nous recevons tous les ans quelques lettres dans ce style : « Mon cher professeur, je suis cloué par un accès de rhumatisme — ou : je me marie — ou : je suis fatigué et j'éprouve le besoin d'aller me retremper dans l'air de la mer ou des montagnes — veuillez m'envoyer un de vos bons élèves de dernière année pour me remplacer quelques jours. »

Devons-nous faire bon accueil à ces demandes et nous mettre à la recherche du remplaçant bénévole?

A première vue il semblerait que oui : le professeur est toujours désireux de rendre service à l'ancien élève — et l'étudiant de bonne volonté est facile à trouver : nos jeunes gens sont toujours prêts à se dévouer et dix pour un répondront à l'appel. Font-ils bien de se mettre en campagne et devons-nous les y pousser?

Je réponds à la question par une question préalable : l'étudiant a-t-il le droit de pratiquer ? — Certainement non. — Alors la cause est entendue, n'est-ce pas ? la conduite à tenir est claire, et point ne serait besoin d'aller plus loin s'il ne se rencontrait encore des jeunes gens se laissant entraîner par le cœur à des actes irréfléchis.

Nous allons donc, comme s'il pouvait subsister quelque doute dans les esprits, peser les *pour* et les *contre*, en « bon père de famille » obligé de prévoir pour les imprévoyants.

Est-cè un médecin de ville qui sollicite un intérimaire ? — Refusez net. Il a autour de lui pour le remplacer des confrères à qui cette suppléance revient d'office et qu'il froisse en s'adressant ailleurs. Ne vous associez pas à l'injure qu'il leur fait et, pour vous rendre agréable à un soldat qui blesse ses camarades, ne vous mettez pas à dos le régiment.

Au médecin de campagne répondez, plus doucement, que vous vous empresseriez d'accourir à son aide, si vous le pouviez, mais que vous ne le pouvez raisonnablement pas, et que vous le regrettez profondément.

A aller au secours de ce pauvre isolé, vou sauriez cependant une excuse et vous jouiriez, au besoin, devant le juge du bénéfice des circonstances atténuantes ou des douceurs de la *conditionnelle*. L'étudiant qui répond à l'appel du praticien rural obéit sans doute à un sentiment généreux, pur de tout esprit de lucre, car il sait bien que son travail ne doit pas être rémunéré : pour avoir le droit de réclamer des honoraires, il faut, au préalable, avoir le droit d'en gagner.

En échange de son dévouement il aura le couvert, le logement, l'usage du cabriolet et, au bout de sa tâche, des remerciements et un cadeau, plus ou moins important selon les peines qu'il se sera données, le plus souvent une trousse, c'est tout indiqué.

Examinons ce que « la trousse de la reconnaissance » peut lui coûter : dix fois plus qu'elle ne vaut !

Première raison pour renoncer aux trousses. Quinze jours d'intérim c'est quinze jours d'étude et de cours perdus. Or, quelle que soit l'opinion des « cancres » à ce sujet, en présence de l'énormité des programmes il n'y a pas d'heures d'étude à perdre. D'autre part, il y a

toujours quelque chose à apprendre aux cours : ils ont été institués uniquement pour cela! et un cours dont on pourrait s'absenter quinze jours sans inconvénients, il n'y aurait guère d'inconvénients à le supprimer tout à fait. Comment voulez-vous qu'un professeur se donnant quelque peine pour son enseignement, soit bien disposé vis-à vis de l'élève qui néglige volontairement les occasions qu'il lui offre de s'instruire?

Je réponds aux « cancres » — dont l'avis, du reste, n'est pas pour nous tenir longtemps — par deux axiomes : Les meilleurs élèves sont toujours les plus assidus : c'est démontré par toutes les statistiques universitaires — et : les absents ont toujours tort : c'est démontré par l'expérience des siècles.

Les réfractaires aux appels n'ont pas les mêmes titres qu'un ténor enrhumé à l'indulgence des juges : ils risquent donc, comme la Cigale qui avait chanté tout l'été « de se trouver fort dépourvus quand la b...ise fut venue! »

« Quid sum miser, tunc dicturus
Quando judex est venturus
Cuncta strictè discussurus?
Quem patronum rogaturus
Cum vix justus sit securus! »

Ce latin du *Dies iræ* est peut-être du latin décadent, mais comme il peint bien la détresse et l'état piteux de l'étudiant irrégulier qui vient s'asseoir devant une table de jury avec beaucoup de notes d'absences et peu d'acquis!

Il y a une vingtaine d'années, malgré nous, tous les ans, quelques élèves nous abandonnaient pour aller occuper des places d'interne dans de grands hôpitaux extra-universitaires. Peut-être au point de vue de la pratique, ne s'en trouvaient-ils pas trop mal, mais au point de vue du but immédiat, du fameux saut d'obstacle qui est l'objectif de tous les efforts de l'année académique, c'était autre chose : les plus forts sauteurs d'autrefois ne s'enlevaient plus brillamment et parfois même tombaient au fossé! Et cela s'explique aisément : les examens sont ainsi ordonnés qu'ils nécessitent un entraînement spécial, soutenu et sévère, incompatible avec les travaux pratiques trop absorbants.

N'interrompez ou ne gâchez pas vos études, ne vous exposez pas

à ne pas savoir faire honneur à la traite de l'examen le jour où elle vous sera présentée : les conséquences sont trop graves.

En voici d'autres, guère moins fâcheuses. Un élève de dernier doctorat, en vacances à la campagne, est appelé au secours d'une voisine en mal d'enfant. Cela presse : il y court — et délivre la femme aussi bien qu'eût pu le faire un praticien à chevrons. Par malheur le fait arrive aux oreilles du Dr Grinchu, du village voisin, qui se croit lésé et s'empresse de porter plainte au Parquet. Eh bien, j'ai eu toutes les peines du monde à obtenir du grincheux qu'il retirât sa plainte : il voulait *mordicus* que l'étudiant complaisant fût poursuivi pour exercice illégal de l'art et, par conséquent, condamné — car il y avait délit et le délit constaté entraîne nécessairement une répression... pas la peine de mort, sans doute, mais toujours une condamnation.

Au lieu de l'accouchement normal — qui va tout seul et échoit à ceux à qui tout réussit — vous pouvez rencontrer toutes les difficultés de la dystocie, la hernie étranglée, le croup, les grands traumatismes, etc. Ne voyez-vous pas les grosses responsabilités que vous avez assumées? ou ne vous effrayent-elles pas?

Qui vous garantit qu'au cours d'une suppléance, vous ne rencontrerez pas les hémorrhagies du placenta prævia? Vous ne perdez pas la tête devant le flot de sang; vous faites exactement tout ce qu'aurait fait à votre place un praticien aguerri et votre conduite est scientifiquement correcte... soit! Mais l'enfant succombe... et la mère aussi. Cela se voit 63 fois sur 100 pour l'enfant, et 31 fois sur 100 pour la mère, d'après les statistiques. Vous avez beau n'avoir rien à vous reprocher, vous voilà empêtré dans une fâcheuse affaire!

La famille peut se persuader — et il se trouve toujours des gens pour l'y aider — que le désastre est dû à votre impéritie de novice, qu'un docteur aurait sauvé la femme et l'enfant... et elle vous attrait en justice pour venger ses morts. Que va-t-il arriver? — Une première condamnation du fait d'exercice illégal est inévitable : on est condamné pour port d'arme prohibée alors même qu'on n'en a pas fait mauvais usage. Mais ce n'est pas tout, il faudra encore vous débattre vigoureusement contre la réclamation de dommages-intérêts et, enfin, contre l'accusation d'homicide involontaire par impéritie ou imprudence! — N'est-ce pas à dégoûter de la plus belle trousse?

Concluons. Votre premier devoir actuel est de bien faire vos classes et votre objectif immédiat doit être l'examen de fin d'année : ne négligez pas vos études, ne compromettez pas vos examens; ne faites pas de la pratique, puisque vous n'avez pas le droit d'en faire; et ne vous engagez pas à la légère dans un sentier interdit — « *Verboden ingang* » — semé de pièges à loups !

Mais alors ce pauvre médecin de campagne qui voudrait quelques jours de vacances, ou qui a un accès de goutte, ou qui se marie, le voilà condamné à rester attaché sans relâche à la glèbe ! Hélas, oui, car je ne vois pas du tout où il découvrira l'homme qui pourrait lui venir en aide — les professeurs de médecine en vacances n'y paraissant guère disposés, et ses autres confrères se trouvant occupés ailleurs. — Un mot encore pour terminer ce que j'ai à dire aux intérimaires.

L'étudiant qui remplace provisoirement un médecin s'aperçoit que la place est bonne, et qu'il ne faudrait peut-être pas grand effort pour supplanter l'occupant ou se tailler une clientèle dans la sienne : peut-il plus tard, profitant des renseignements que la confiance du remplacé lui a permis d'acquérir, venir s'établir dans la localité?

La Fontaine a prévu le cas dans sa fable « La lice et sa compagne », et ne propose pas le procédé du chien indélicat comme un exemple à imiter.

BIBLIOGRAPHIE.

L'URÉTHRITE CHRONIQUE D'ORIGINE GONOCOCCIQUE,

par les Drs De Keersmaecker et Vhoogen (1).

Nos distingués confrères ont écrit un livre original qui expose, à la lumière des faits et des découvertes les plus récents, l'anatomie pathologique et le traitement d'une affection des plus communes; un de ses principaux chapitres est à peu de chose près une monographie de l'uréthroscopie, un autre, des plus importants également, est consacré à la technique de la dilatation de l'urèthre par les dilatateurs spéciaux.

Bien que l'usage de ces instruments et de l'endoscope ne soit pas à la portée de tous les praticiens, l'ouvrage, édité avec le plus grand soin, mérite d'attirer l'attention. L. D.

(1) 1 vol. de 192 pages. Lamertin, éditeur, Bruxelles.

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

C

D

E, F

G

H

I

L

M, N

S

T

U, V



